Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 34

Roles and Responsibilities in Health Care Policy

by

Antonia Maioni, Ph.D.

McGill University

November 2002

Catalogue No. CP32-79/34-2002E-IN

ISBN 0-662-32971-6

Although the views expressed in the paper are those of the author(s), each of the papers was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR) of the Canadian Institute of Health Research for their oversight and administration of the peer-review process for these papers. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Question 1 1
- Diagnostic 1
- Discussion 1
  - Health Care and the Division of Powers 1
  - The Definition of Federal and Provincial Roles in Health Care 2

Question 2 5
- Diagnostic 5
- Discussion 5
  - Fiscal Arrangements in the 1970s 5
  - The *Canada Health Act* 6
  - Fiscal Arrangements and the Social Union 7

Question 3 10
- Diagnostic 10
- Discussion 10
  - Roles of Governments 10
  - Mechanisms for Cooperation and Existing Fiscal Arrangements 12

Question 4 16
- Diagnostic 16
- Discussion 16

Question 5 18
- Diagnostic 18
- Discussion 18

Notes 20

Bibliography 21

Appendix: Key Events in Health Insurance Legislation in Canada 24

103-06753/

Highlights

- The period in which federal and provincial *roles* were most clearly defined was the period in which the *responsibility* for health care was not exercised.

- Historically, clarity has not been a characteristic of federal-provincial relations in health care, nor has consensus.

- The federal government's initial role in health policy was that of a catalyst, convener and negotiator in federal-provincial cooperative efforts in health care. The federal government used its spending power as a fiscal incentive to diffuse the public financing model throughout Canada, giving ammunition to those governments who supported the idea, and an inducement to those who did not.

- In the past thirty years, the federal role in setting health care policy has become at once more *unilateral* in process and less *effective* in practice.

- Changes in the federal role are consistent with the general trend toward reorganizing *fiscal arrangements* in a decentralized manner (in terms of the shift away from direct cost-sharing and toward block grants) but, unlike other policy sectors, this has not been accompanied by devolution of *political space* in health care.

- Changes need to be made to minimize the destructive conflict in federal-provincial relations: for federal governments to act as enabler rather than enforcer; and for provincial governments to assume their responsibility for political choices in health care.

- Fiscal arrangements should ensure that provincial governments have sustained capacity to meet their responsibilities in health care, while at the same time allow some complementary role for the federal government.

- Although the roles of levels of government are well-enough defined, what is less clear is the responsibility to be attached to these roles.

- There are two competing "legends" about federalism and health care in Canada that are equally misleading: that there exists a single "national health insurance" or "medicare" system in Canada; and that health care is a purely provincial matter in which the federal government has no role to play.

- In most provinces, regional health authorities exercise considerable authority in the allocative decisions about health care organization and financing, but decentralization and health care are compatible only insofar as a balance can be struck between decision-making and accountability.

Executive Summary

The real world of Canadian politics is a messy place. In fact, there is more clarity around the assignment of roles in health care but less consensus on the apportionment of responsibility. The division of powers in health care, on paper, makes Canada look like the most decentralized of all federations. Yet, the standards that "tie" provincial health care systems together are at once more fragile and more robust than in other countries: more fragile since they rest on a federal statute designed to provide negative incentives; and more robust in the sense that they limit experimentation with private market mechanisms.

Federalism in Canada both had a delaying impact on the development of health policy and served as an innovative dynamic. Eventually, provincial push led to federal pull in convening the provinces together and in intergovernmental cost-sharing arrangements. Provincial experiment, intergovernmental negotiation, and federal incentives provided the diffusion mechanism for public-hospital and medical insurance. Even though the federal government's involvement in health care has been primarily confined to the use of the federal spending power, the allocation of money has an obvious impact on provincial health policy. In fact, health care can be seen as an example of federalism's power to shape effective social reform. Federalism was the agent through which specific ideas about the role of the state, the social rights of citizens, and equity between individuals and regions were operationalized in provincial social programs. The role of the federal government was not to impose uniformity in the playing field, since provincial plans demonstrate varying degrees of diversity which makes innovation possible, but rather to ensure that provinces played by the same "rules of the game" and that Canadian taxpayers' money be used to help finance publicly accountable health insurance systems that achieved some sort of "equality" of social rights among Canadian citizens, regardless of their province of residence.

The *Canada Health Act* of 1984 was an example of the federal role in setting health care policy, but it was enacted at the same time that the federal government was disengaging itself from fiscal responsibility. From 1984 onward, the federal government's fiscal commitment to provincial social programs continually declined. Changes to funding formulae (i.e. EPF in 1977 and the CHST in 1996), allowed the provinces greater flexibility in setting spending priorities, but at the same time meant that provinces were responsible for increases in health care spending and for allocating federal transfers between competing parts of the larger social policy pie.

While intergovernmental conflict has been the norm in areas involving the distribution – and redistribution – of money, provincial government resentment grew throughout the 1990s. During this period, federal and provincial governments seemed to be engaged in parallel tracks on health reform, rather than the cooperative model of the past. The Social Union Framework Agreement of February 1999 acknowledged the need for more transparency and consultation in intergovernmental policy-making, including dispute resolutions, and the 1999 and 2000 federal budgets demonstrated a commitment to providing stable funding for health care in the provinces and introduced measures to eliminate inter-provincial disparities. But the SUFA did not fully reflect the interprovincial processes that led to its development, and the absence of Quebec's support and of agreement about jurisdictional boundaries in health care have yet to be resolved.

Health care policy can, and is, set by provincial governments. Provinces have functioned as laboratories of innovation in the past and continue to do so. But this does not mean that the federal government is, or should be, irrelevant in health policy. It can have an important role to play, in concert with the provinces, in engaging in the long-term vision exercise required to set the markers and determine the resources needed to ensure sustainable health care systems across Canada. In other words, the health system as a whole could benefit from a big picture view of health policy that includes federal input in general and federal involvement where specifically warranted. The federal government's most positive role in health care is as enabler (rather than as enforcer) in ensuring that all Canadians can look forward to affordable, quality health care across provincial borders. This does not necessarily mean that it can "guarantee" exactly the same health benefits to every citizen since its role is not to micromanage the health care system. Nor does it mean that the federal presence in health care is synonymous with "one size fits all" solutions in the provinces. But it means that the federal government has an important role in articulating and affirming health care as a public good. To this end, it must, in symbolic terms, be prepared to articulate and defend a coherent vision of that public good and, in practical terms, be prepared to offer the financial incentives for its affirmation in provincial health care plans.

Conflict is to be expected in the health policy arena, which involves the redistribution of resources and risk. But conflict that paralyzes dialogue and undermines public confidence is ultimately destructive, not only to the federation but to the quality of life of citizens. Curiously, for a decentralized federation, Canada has few mechanisms of intergovernmental cooperation and conflict resolution in health care policy. For all the quibbles over health care resources between the provinces and the federal government, political battles over health care have never been only about money. The contested political space in health policy often has to do with the type of health care system to encourage, indeed more broadly over the role of the state in health care altogether. Attempts to control public spending in health care and the subsequent escalation of conflict in intergovernmental relations have opened a window of opportunity for political and social actors that believe in less state intervention to question the legitimacy of federal standards and to justify attempts to explore other options for financing health care.

If the endgame in health care is to retain its meaning as a public good, then the federal government would be better off putting more emphasis on encouraging consensus rather than enforcing rules. Part of this task involves evaluating alternatives and suggesting the boundaries for what is feasible and desirable in health care reform. Under what conditions can the federal government encourage innovations that are not entirely at odds with the basic premises of the public model? To what extent is more structured exchange of information needed in identifying, evaluating – and possibly diffusing – provincial recommendations from commissions of inquiry, new models of delivery, or experiments such as integrated care in Quebec, or health care systems in Europe and elsewhere? There are relatively large bodies of evidence to suggest that public health care systems do better in providing care and controlling costs, that health care systems focused on preventive and integrated care work better in keeping populations healthy, etc. To retain a relevant role in health policy, the federal government should be willing to evaluate the available evidence in suggesting markers and signposts, and in helping to build the capacity, for real health reform. In order to do so, a measure of "political goodwill" (for lack of a better term), that involves both clear financial incentives and clarity in the exchange of ideas and experience is necessary in reshaping the federal-provincial dialogue in health care.

Question 1

When were the federal and provincial roles most clearly defined? To what extent was this clarity a function of the roles each played in financing the system?

Diagnostic

- The period in which *roles* were most clearly defined was the period in which the *responsibility* for health care was not exercised.
- Clarity has not been a characteristic of federal-provincial relations in health care, even in terms of financing the system.

Discussion

Health Care and the Division of Powers[1]

The division of powers enumerated in the *Constitution Acts* of 1867 and of 1982 set the parameters of the federal arrangement in Canada. These statutes reveal a tension between a centralizing tendency implied in the economic and residual powers allocated to the federal government, and the decentralizing effect of the wide-ranging responsibilities accorded to the provinces. This tension has been exacerbated since 1867 for a variety of reasons, including judicial interpretations favouring the provinces and the passage of the 1982 *Canadian Charter of Rights and Freedoms*. Nevertheless, periods of intergovernmental cooperation did lead to important policy initiatives, including the programs that form the core of the welfare state in Canada.

Health care is a prime example of this dynamic. There are few specific references to health care in the *Constitution Act* of 1867 but, since then, conflict between levels of government over health matters has intensified with the growth of provincial power in areas of jurisdiction that became much more important than envisioned in the Constitution. (However, his does not mean, as some have suggested, that had the Constitution been written in 1982 the federal government would have had power over health care; the emphasis on subsidiarity in the European Union, for example, shows this.) Indeed, in 1867, health concerns were considered private rather than public matters, within the bounds of family responsibility and charitable institutions or religious communities, and government intervention was primarily limited to matters of public health (Guest 1997). Nevertheless, as the responsibilities of the modern state expanded over time, the enumeration of provincial responsibilities yielded a wider interpretation in the health sector (Stevenson 1985). Section 92(7) of the *Constitution Act* allows provincial legislatures to enact laws for the "Establishment, Maintenance, and Management of Hospitals, Asylums, Charities and Eleemosynary Institutions", through Section 92 (13), "Property and Civil Rights in the Province", and through section 92(16), "Generally all Matters of a merely local or private Nature in the Province."

Despite the fact that, formally speaking, health policy is considered to be primarily within the bounds of provincial jurisdiction, the federal government also occupies an important political space in the health policy arena. Part of this space is related to the federal government's constitutional responsibilities for public health matters under Section 91(11) and for the general welfare of specific classes of people (referred to as "Indians" and "aliens," as well as federal inmates and members of the armed forces). In addition, although the federal government cannot legislate directly in provincial health systems, it does have a larger scope of financial resources at its disposal, such as the provisions of Section 91(3) for the "raising of Money by any Mode or System of Taxation." Through a series of constitutional amendments, however, jurisdictional space has been created for the federal government in other social policy areas, namely unemployment insurance (1940) and concurrent jurisdiction for old-age pensions (1951 and 1964).

While the federal government's involvement in health care has been primarily confined to the use of the federal spending power, the allocation of money has an obvious impact on provincial health policy (see Tuohy 1989). Two examples of the federal spending power are relevant for health care. The first is the use of transfer payments, whereby federal funds are used to help defray part of the costs of a provincial program. The original shared-cost programs in hospital and medical insurance are examples of this, as are more recent block-funding arrangements, such as the Established Programs Financing (which funded health care and post-secondary education after 1976), and the Canada Health and Social Transfer (which covers health, education and social assistance since 1995). Equalization payments, the second element of the federal spending power, are not targeted directly at program funding but instead flow directly into provincial general revenues. The rationale for equalization payments is to assist provinces with less powerful economies in providing similar levels of health care and other services to their populations. In addition to these two forms of subsidies to the provinces, the federal government also spends "directly" in health care through its responsibility for First Nations and the Inuit, and military personnel in Canada, as well as through its programs in health promotion, protection, and research.

The Definition of Federal and Provincial Roles in Health Care

Ironically, the period in which *roles* were most clearly defined was the period in which the *responsibility* for health care was not exercised. In historical terms, the era in which federal and provincial roles were most clearly defined was at the beginning of the 20th century, a period of so-called "classical" federalism (Mallory 1965; Robinson and Simeon 1990). During the first three decades of the century, two forces were responsible for the endurance of "watertight compartments" between federal and provincial roles: the fact that governments had not taken on a major role in financing health and social services; and the fact that the Judicial Court of the Privy Council in London upheld several provincial complaints against federal intrusion or expansion in provincial jurisdictions.

The absence of appropriate levers for coordinated action became problematic, however, during the Great Depression of the 1930s. The federal government may or may not have had the political will to move forward on social policy, depending on how one interprets the

Conservative government's1935 *Employment and Social Insurance Act* or the Judicial Committee of the Privy Council's ultra vires ruling against it in 1937 (Smith 1995). What is clear is that provincial governments lacked the fiscal capacity to do so. For example, the British Columbia (Liberal) government passed health insurance legislation in 1936, but it failed to implement it because, without the financial help of the federal government, the province could not afford to do so (Naylor 1986).

A new era of "cooperative federalism" was heralded by the Royal Commission on Dominion-Federal Relations (Rowell-Sirois). Reporting in 1940, the Commission suggested the federal government did have a fiscal role to play in social policy, by virtue of its spending power, but reiterated the provinces' primary responsibility in developing their own health care, education and welfare systems (Smiley 1962). But cooperation in health policy would take considerably more time to develop, and involved substantial political struggles. Although the federal role in health care was actively promoted within the Department of National Pensions throughout the war years, in the 1943 Marsh Report and the 1944 Throne Speech, none of this led to concrete policy development (Maioni 1998). Although the federal government convened the 1945 Dominion-Provincial Conference on Reconstruction as a forum for discussion on concrete proposals for social reform (including health care), some provinces were vocal in their opposition to federal "interference" (in particular Quebec and Ontario), and Prime Minister Mackenzie King had serious reservations about encroaching on provincial jurisdiction and engaging in fiscally expansive social commitments. Paul Martin (Sr.) did convince him to support the 1948 National Health Grants Program, but in the absence of other federal initiatives, provinces began to exercise their jurisdictional purview to innovate in health care. Two examples show how: Saskatchewan's CCF government chose to "go it alone" (Taylor, 1987) in legislating the first public hospital insurance plan in North America in 1946; the Conservative government of Ontario, meanwhile, worked on pushing the federal government into sharing the costs of such a program. The demonstration effect of Saskatchewan, in tandem with some of the political pressure applied by Ontario at the 1955 Federal-Provincial Conference, contributed to the St-Laurent government's passage of the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* of 1957. In this instance, provincial *push* led to federal *pull* in convening the provinces and in drawing them into an intergovernmental arrangement. This legislation set up an open-ended cost-sharing arrangement, in which the federal government reimbursed about half of the costs of provincial hospital insurance plans that were both *comprehensive* and *universal*. By 1961, all the provinces had hospital insurance plans in place that conformed to this new arrangement. Notably, Quebec was the last province to sign on after the 1960 Lesage victory; prior to this, the Union Nationale government had insisted hospital insurance remain a provincial – and more specifically, a private – matter.

Provincial experiment, intergovernmental negotiation, and federal incentives also provided the diffusion mechanism for public medical insurance. Two forces were at work here as well: first, Saskatchewan's NDP government introduced landmark legislation for public medical insurance in 1961 (although its introduction was delayed by a doctors' strike in 1962); then, the Royal Commission on Health Services (Hall Commission) recommended in 1964 that the federal government, in effect, encourage this model throughout Canada. At the 1965 Federal-Provincial Conference, Prime Minister Lester Pearson convened the provinces to discuss plans for a new arrangement in which the federal government would share the cost of physician services only

(not other health services) under a sliding-scale formula based on a Canada-wide average per capita cost of these services (see Soderstrom 1978, 162-165). To ensure a measure of uniformity across the country, the *Medical Care Insurance Act* of 1966 stipulated that provincial programs would have to be *comprehensive, universal, portable* and *publicly administered*. By 1971, every province had such a plan in operation, although not without several political hurdles. Provincial leaders in Alberta and Ontario objected to the diffusion of universal public health insurance. The Social Credit government in Alberta, for example, preferred its "Manningcare" model for voluntary insurance plus public subsidies for the poor; Conservative premier John Robarts in Ontario referred to the federal policy as "political fraud" (Taylor 1987). Successive Quebec governments attempted unsuccessfully to change the formula to one that allowed opting-out with compensation. Although there was widespread political and popular support for the Castonguay Commission's recommendations for universal insurance, the sticking point for Quebec was the extent to which the federal government could use taxation to fund programs within provincial jurisdiction (Desruisseux and Fortin 1999).

The hospital and medical insurance programs developed across Canada during the cooperative era were a high-water mark of federalism's power to shape effective social reform. This was encouraged by the fact that federal governments were able to convene and engage their provincial counterparts in the process of setting social policy. Fiscal responsibilities were relatively well-defined at this point, and care was taken to ensure the perception of provincial autonomy. Provincial governments were beginning to develop their administrative capacities as provincial "states", most fuelled by the growing public sector responsibility for health, education and social services.

The emergence of a more activist exercise of social policy by *both* the federal government and the provinces also had to do with specific political ideas that were implicit in the post-war world view: Keynesian ideas about the role of the state in the economy; and the legacy of reconstruction that centered on the transition from warfare state to welfare state across the industrialized world. This was bolstered in Canada by the social-democratic influence of the left and centre-left which stressed that health care is a public good, that governments have an obligation to ensure universal coverage and equitable access, and that the federal (central) government belongs in health policy arena as a guardian of the "right" to health care. Federalism was the agent through which these ideas were diffused, although of course the social-democratic impetus was already evident in some cases (the CCF-NDP Saskatchewan) or strengthening (e.g. the Lesage administration in Quebec); but in other cases (e.g. Alberta), the federal purse was able to trump contending ideas and alternatives. An additional idea was implicit in the federal Liberal government: that social benefits, including health benefits, contributed to regional equity in Canada and reflected a "common Canadian citizenship" (Banting 1998).

By insisting on these conditions, and on the portability of benefits for all Canadians, the federal government was attempting to avoid the development of a crazy-quilt of health insurance programs. Thus, the goal was not to impose uniformity in the playing field, since provincial plans demonstrate varying degrees of diversity, but rather to ensure that the provinces played by the same "rules of the game" and that Canadian taxpayers' money would be used to help finance publicly accountable health insurance systems that ensured some sort of "equality" of social rights among Canadian citizens, regardless of their province of residence.

Question 2

How has the federal role in setting health care policy evolved over the past thirty years? Have changes in its role been consistent with changes in cost-sharing and other fiscal arrangements?

Diagnostic

- The federal role in setting health care policy has become at once more *unilateral* in process and less *effective* in practice.
- Changes in the federal role are consistent with the general trend toward reorganizing *fiscal arrangements* in a decentralized manner (in terms of the shift away from direct cost-sharing and toward block grants) but, unlike other policy sectors, this has not been accompanied by devolution of *political space* in health care.

Discussion

Fiscal Arrangements in the 1970s

The short history described above points to the federal government's initial role in health policy: that of a catalyst, convener and negotiator in federal-provincial cooperative efforts in health care. The federal government used its spending power as a fiscal incentive to diffuse the publicly financed health care model throughout Canada, giving ammunition to those governments who supported the idea, and an inducement to those who did not. It did so despite the opposition of powerful interests (including the insurance sector, business and the medical profession), of several provincial leaders, and from within the Cabinet. In other words, the federal government deployed a substantial amount of political will to promote a progressive (social-democratic or centre-left) model of public-hospital and medical insurance.

Why would the federal government engage itself in this way? It is true that the popularity of public insurance was relatively high, but polls in the 1950s and 1960s showed that Canadians were still divided on private versus public insurance. The "consensus" would come later, in part due to the initial success of the public programs in the provinces. In effect, the federal government considered health insurance as an important social benefit and recognized that not all provinces had the fiscal capacity to sustain such programs. In opting for the public model, the federal government paid attention to the Hall Commission's recommendations and the Saskatchewan experiment, in addition to progressive elements with the federal Parliament itself.

In a period of relative fiscal buoyancy, the political benefits for the federal government were substantial: essentially, it could "claim credit" for what became an increasingly popular social benefit. However, as fiscal constraints closed in, and as the inflationary potential of an open-ended funding arrangement was recognized, the federal role became more difficult to sustain. It sought therefore to disengage itself from part of this commitment, while at the same time

"avoiding blame", a political strategy that is often easier in federal systems as compared to non-federal systems (Weaver 1996). Fiscal tensions between the provinces and the federal government over social programs began almost immediately with the recessionary fiscal climate of the early 1970s. After the 1973-76 Social Security Review (an exercise which included provincial consultation), the federal government inaugurated a change in the fiscal transfer formula. In 1977, cost-sharing was replaced with a new per capita cash and tax point formula under the Established Programs Financing (EPF) arrangement (for health care and post-secondary education). Ostensibly, this arrangement lessened federal oversight (the end of federal audits for determining costs to be shared) and allowed the provinces greater flexibility in setting spending priorities. However, it also meant that the provinces were now responsible alone for increases in health care spending, and for allocating the EPF transfers between health care and post-secondary education. The federal government, in closing the open wicket for health care, left considerable flexibility in the hands of the provinces as to how to spend the money, but no effective way of monitoring how they did so nor any visible recognition for its fiscal contribution to health care. The EPF arrangement did not have specific conditions attached to it; the prevailing "rules" of the hospital and medical insurance legislations were still presumed in effect and applicable to the *cash* portion of the block transfer (Smith 1995). Emmett Hall's 1979-80 Commission of inquiry concluded that provinces were using federal contributions for health care purposes but that, in allowing extra-billing and user fees, there was a risk to the long-term viability of public health insurance (Hall's Royal Commission report in 1965 had made similar observations) (Taylor 1991).

The Canada Health Act

The *Canada Health Act* of 1984 was a response to these concerns and a political effort to regain federal visibility in the health policy arena. It was contested by the provinces for both reasons. Essentially, the new legislation amalgamated the existing federal hospital and medical care insurance acts, introduced a mechanism through which the government could unilaterally impose financial penalties on the provinces, and restated the existing conditions into five principles: universality of coverage, comprehensiveness of services, portability of benefits, public administration, and equal access to care on "uniform terms and conditions". This last provision was new and explicitly designed to ban extra-billing and user fees through the imposition of deductions to cash transfers. While the first four of these broad principles existed in previous legislation, the CHA emphasized that the "primary objective" of federal involvement in health policy was to "facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers." In addition, for the first time, the federal government requested recognition from the provinces in the health care area: Section 13 of the CHA spells this out by requiring that provincial governments "give recognition" of federal contributions in public documents, advertising or promotional information. (Canada 1985).

Even though the legal scope of the CHA is explicitly limited to the cash transfers the federal government is prepared to deploy, the symbolic scope of the CHA goes much farther. The Act increased the federal government's political space in the health policy arena, by designating its role in a "Canadian" health care system that could be defined as something greater than the sum of its parts. Through the CHA, the federal government institutionalized its presence in

health policy. And, as "policies restructure politics" (Pierson 1993), the CHA shaped the political playing field in health care by setting the boundaries of health reform. The existence of the CHA has led to a situation in which the federal government has become "embedded" in the public mind as a standard-bearer and protector of Canadians' health care; much like the state is "embedded" in society through its past policy decisions (Cairns 1986).

This went substantially further than the spirit of the 1957 and 1966 legislation. As in 1966, the federal spending power was deployed as a fiscal incentive to bolster public health insurance. But, unlike the situation in 1966, the process by which this came about was widely criticized. There had been no convening of provincial governments on the matter nor did the Act contain a dispute resolution mechanism that allowed for provincial input. In theory, the mechanism governing this process works in a bilateral fashion, but in practice it resembles more a unilateral process in which decisions are made by the federal government. Each province is required to submit an annual report, including a financial statement that details how its health care plan conforms to CHA principles. Under section 14 of the CHA, if the federal Minister of health decides that a provincial health care plan has "ceased to satisfy any one of the criteria", he or she is empowered to report to the Cabinet and direct the Finance department to make deductions from transfer payments. There is a consultation process through which the minister informs the province and allows time for discussion, but the final enforcement decision is his or hers alone. In some cases, provincial governments have conferred with the federal government before implementing certain practices, thus voluntarily modifying them to avoid financial penalties. Regardless of whether there is a dispute or not, however, the federal Minister of health is seen to act as "judge and jury" of the provinces (Ministerial Council on Social Policy Reform and Renewal 1995).

Fiscal Arrangements and the Social Union

The CHA is an example of the federal role in *setting* health care policy but it was enacted at the same time that the federal government was *disengaging* itself further from fiscal responsibility. In other words, the federal government attempted to "re-establish federal power" while at the same time displace fiscal responsibilities to the provinces (Hawkes and Pollard 1984). From 1984 onward, the federal government's fiscal commitment to provincial social programs continually declined, from the limits on EPF payments to the transformation, in 1996, of federal contributions into the Canada Health and Social Transfer. Even in the context of the fiscal crisis that gripped, this was a singularly bold attempt to effect social reform. As in the mid-1970s, this decision came in the wake of an economic recession and after an inconclusive review of social security programs; unlike that precedent, however, there had been little provincial input or forewarning of the 1995 budget speech. This was seen as a unilateral action without the engagement of the provinces and widely decried by provincial governments attempting to address their own fiscal shortfalls in the 1990s. Was the federal government setting health policy through the CHST? It may have been sending a signal to the provinces to get their fiscal houses in order and rein in health care costs, but for many provinces, the "shock" of adjustment proved to be destabilizing for their health care systems. Overall, from the mid-1980s to the mid-1990s, the lack of fiscal transparency allowed the federal government to claim credit as the "guardian" of a popular social policy (the famously cited "sacred trust", in Prime Minister Mulroney's words)

while at the same time avoid blame for the types of costs associated with readjustment in health care payments and delivery in the provinces.

Technically speaking, the federal government can deploy its spending power as it sees fit. But the crux of the matter, for many, was this: could the federal government continue to reap the benefits of its role in health care while reducing its responsibility to pay for the costs associated with maintaining a public health care system in the provinces? In other words, was it legitimate for the federal government to "set" policy (by providing the start-up through cost-sharing) and then assume the provinces would develop the capacity to pay for these very expensive programs? For others the question was the extent to which budget decisions actually threatened the federal government's ability to set policy by undermining its enforcement capacity for existing standards in the *Canada Health Act* (Banting 1995).

While intergovernmental conflict has been the norm in areas involving the distribution – and redistribution – of money, provincial government resentment grew throughout the 1990s. The perception of federal intransigence and the unilateral changes imposed through the CHST, the ideological disposition of activist Conservative governments in Ontario and Alberta, and the legacy of "megaconstitutional" politics which had empowered provincial premiers as political leaders, and the "unity crisis" engendered by the Quebec referendum on sovereignty all seemed to build momentum toward change in intergovernmental affairs and, in a sense, legitimized the quest for provincial autonomy. During this period, federal and provincial governments seemed to be engaged in parallel tracks on health reform, rather than the cooperative model of the past. Much of the tension was related to the proprietary role the federal government staked in the moral "high ground" of public debate, while provinces were increasingly beleaguered by the problems "on the ground" in the health care sector.

The refusal of most provinces to participate in the National Forum on Health was evidence of considerable tension between levels of government in health policy. The NFH itself reported that although the federal government must ensure the integrity of the Canadian health system, there should be more institutionalized cooperation between governments, as well as an end to federal imposition of change on the provinces (National Forum on Health 1997). It was, in part, the perception by provincial governments of unilateral gamesmanship in social policy by the federal government that spurred provincial leaders (including Quebec) to discuss forging a new interprovincial "social union". The 1995 Ministerial Council's Report to Premiers reflected concerns about the federal government's unilateral actions, and recommended federal-provincial discussions to define the *Canada Health Act*, federal-provincial consultations to interpret the CHA and resolve disputes over its meaning, and a predictable funding base for health services through a guarantee that cuts in transfers to the provinces should not exceed federal expenditure cuts. At the 1996 Premier's conference, a Provincial/Territorial Council on Social Policy Renewal was set up specifically to address the ways in which provinces could be more engaged in standard-setting and put an end to "federal unilateralism." The Council's 1997 Report stressed the need for provincial input to identify and enforce "shared" principles, establish procedural ground rules for intergovernmental cooperation, and develop new joint mechanisms for dispute resolution. Provincial and territorial ministers of health (with the exception of Quebec) signed on to a "Vision" document in January 1997, observing that an effective partnership between the federal and provincial governments would entail "adequate, predictable and stable cash transfers"

and new, formal mechanisms to ensure more transparency and less ambiguity in dispute resolution. At their August 1998 Saskatoon conference, it seemed the provinces (again including Quebec) had come to an historic *entente* about how to adapt intergovernmental processes to reflect provincial interests and needs (see chronology in Stilborn and Asselin 2001).

Throughout this remarkable process, the provinces were raising the notion that there could be a basis for cooperation without the presence of the federal government acting as a "hegemon" (a concept borrowed from international relations theory) – an idea that has particular resonance in terms of the CHA (Maioni 1999). The federal government eventually entered into this process with the signature (minus Quebec) of the Social Union Framework Agreement in February 1999. Although broad in scope, the provisions of SUFA were relevant to health policy and largely targeted toward defusing some of the intergovernmental tensions in the health sector. The agreement acknowledged the need for more transparency and consultation in intergovernmental policy-making, including dispute resolutions. The 1999 federal budget, unveiled one week later, demonstrated a commitment to providing stable funding for health care in the provinces and introduced measures to eliminate inter-provincial disparities. But the SUFA did not fully reflect the interprovincial processes that led to its development. The 1998 entente, with its provisions for opting out of federal social spending programs, was not incorporated into the SUFA – a decision that cost the process both Quebec's support and any resolution of where the jurisdictional boundaries in health care lie (Noël 2000). Obviously, the SUFA did not resolve matters, as in August 1999, the provincial premiers' conference focused on the sustainability of health care funding, echoed the following year by their concerns over the "vertical fiscal imbalance" between the provinces and a federal government with a budgetary surplus. The increased funding in the 1999 federal budget and the September 2000 health care funding agreement increased transfers to the provinces through the CHST, but still left provincial leaders concerned about their fiscal capacity to meet increasing responsibilities for managing health care costs.

Question 3

What health system objectives might be served by changes in the roles the senior governments[2] play in setting health care policy? How should these roles be changed and what fiscal arrangements would have to be changed to make this happen?

Diagnostic

- Changes need to be made to minimize the destructive conflict and toxic politics in federal-provincial relations: for federal governments to act as enabler rather than enforcer; and for provincial governments to assume their responsibility for political choices in health care.
- Fiscal arrangements should ensure that provincial governments have sustained capacity to meet their responsibilities in health care, while at the same time allow some complementary role for the federal government.

Discussion

Roles of Governments

Arguably, in comparative terms, Canada's health care system is among the most decentralized of any industrialized country, or at least any federal polity (Banting and Corbett 2001). In most other industrialized countries, both federal and unitary, central governments are usually responsible for a certain measure of fiscal harmonization and for some kind of oversight to ensure social benefits to their citizens. Yet, by the same token, in most of these countries, a private market for health care, including medically necessary services, exists to varying degrees. The standards that "tie" provincial health care systems together are at once more fragile and more robust than in other industrialized countries: more fragile since they rest on a federal statute designed to provide negative incentives; and more robust in the sense that they do not allow for much experimentation with private market mechanisms. In most federal systems, the standard-setting role of the federal government in health care is better entrenched, both constitutionally and historically.

Nevertheless, it is clear that provinces have the primary responsibility for setting health policy in Canada, both in theory and in practice. The recent releases of several reports by provincial commissions of inquiry confirm that provinces have built up the administrative capacity and expertise needed to effectively manage health care systems. While it is true that the federal government is more involved in health care than it was 40 years ago – that it has carved out a visible role in health policy – so too have provincial governments built up an active role in this policy area. Provincial governments are responsible for this most costly of program areas, and are faced with day-to-day realities on the ground of how to best respond in the short term to pressing problems in the organization and financing of services to their populations. Given the increasing pressures on the health care system – including demographic pressures, cost

escalation in the pharmaceutical sector, and new technologies, it is understandable that provincial governments are concerned about their long-term capacity to pay for health care, particularly when balanced against the other pressing needs in social services and education.

Thus, health care policy can, and is, set by provincial governments. Provincial health care systems – and the insurance they provide to residents – are publicly administered by provincial ministries or regulated by their public agencies. Each province's health system is bounded by provincial statutes, not federal legislation. Provinces define what is medically necessary, negotiate fee schedules for payment to health care professionals, and set "global budgets" for health care institutions. A cursory reading of provincial health statutes shows that, despite some differences in coverage, 100% percent of the eligible population is covered for all medically necessary procedures – and so far, on equal terms and conditions. And every recent reform – from the closure of hospitals in major cities to Alberta's Bill 11 – has been the result of a provincial policy decision for which provincial governments are accountable to their voters.

But this does not mean that the federal government is, or should be, irrelevant in health policy. Health care is a "big ticket" item in the relationship between state and society, both in terms of the considerable commitment in financial resources and in terms of the direct personal impact on people's lives. The federal government can have an important role to play, *in concert with the provinces*, in engaging in the long-term vision exercise that is necessary to set the markers and determine the resources needed to ensure sustainable health care systems across Canada. In other words, the health system as a whole could benefit from a big picture view of health policy that includes an exchange of input and ideas. The federal government's most positive role in health care is as an *enabler* (rather than as enforcer) in ensuring that all Canadians can look forward to affordable, quality health care across provincial borders. The federal government can also continue to invest in its public health responsibilities through the promotion of population health and the social determinants of health in provincial health reform (see, for example, Glouberman 2001). Many of the recommendations in Quebec's Clair report, for example, are based on an integrative model of health and social services that is explicitly concerned with health promotion and the continuity of care.

This does not necessarily mean that the federal government can "guarantee" exactly the same health benefits to every citizen because its role is not to micromanage the health care system. Indeed, the federal government cannot be the arbiter of individual patient caseloads. Nor does it mean that the federal presence in health care is synonymous with "one size fits all" solutions in the provinces. But it does mean that the federal government has an important role in articulating and affirming publicly financed health care as an entitlement. To achieve this, the federal government must, in symbolic terms, be prepared to articulate and defend a coherent vision and, in practical terms, be prepared to offer the incentives for its affirmation in provincial health care plans. The symbolic pay-offs are considerable, but in order to reap these rewards, the federal government must be prepared to invest in the product.

Against this backdrop, the call for a health charter by the Canadian Medical Association is both ironic and interesting (*Globe and Mail* April 8, 2002). It echoes by almost 40 years the 1964 Hall Report recommendation for a "Health Charter for Canadians" based on government-sponsored, comprehensive, universal health services, which was roundly criticized by organized

medicine at the time. But the implicit message that health care must become more centralized – that the federal government must in a sense "re-enforce" its role in health policy – may not be the best scenario to effect health care reform. Much of the rhetoric around the charter idea suggests that the federal government must "protect" Canadians from their provincial governments – a perilous argument in democratic dialogue, even if only for symbolic effect. The other obvious point is that if practicable, how could such a charter be enforced? The *Canada Health Act* does not include such a mechanism, nor could a 21st century federal government be expected to apply disallowance in the health policy area. In the European Union, for example, the *Charter of Basic Rights* includes the right of individuals to access health care under the conditions established by national legislatures, and health policy is jealously guarded by member states both in terms of financing and regulation decisions.

Mechanisms for Cooperation and Existing Fiscal Arrangements

The critical questions surrounding debates about cooperation and conflict in health care are: what is the role of each level of government in health care? What is the responsibility of each with respect to the health of individual Canadians? Conflict, in a democratic polity, is not necessarily a negative thing and conflict in health care, which involves the redistribution of resources and risk, is to be expected (Evans 1990). But conflict that paralyses dialogue and undermines public confidence is ultimately destructive, not only to the federation but to the quality of life of its citizens. It is unconscionable to use a vital issue like health care as a political football in intergovernmental gamesmanship, even more so when one stops to reflect that the football being bounced about represents real people's lives and well-being, not to mention their tax dollars.

Curiously, for a decentralized federation, Canada has few mechanisms for intergovernmental cooperation and conflict resolution in health care policy. Numerous intergovernmental health advisory committees already operate at the ministerial, deputy minister and administrative levels. In addition, provincial health ministers meet formally twice a year together, and with their federal counterpart, following meetings of their deputy ministers, as part of the Federal/Provincial/Territorial health conference "system." While these exchanges have been important in policies related to targeted programs (such as tobacco control and blood supply issues) and to specific populations (such as women's and child health), these intergovernmental committees and meetings have not become venues for addressing broad and pressing concerns related to health care financing and restructuring (O'Reilly 2001).

And, in recent years, First Ministers' Conferences have been dominated by war of words between provinces and the federal government over the cash crunch in health care. The drill, for the past few years, has been to use these instances of "executive federalism" to publicize claims and apportion blame, intensifying the "corrosive and long-distance hollering" (Romanow 2002) into up-close shouting matches and threats.

There has been movement, stemming from the recommendations of the SUFA, to consider a third-party mediation panel that would involve more provincial input in order to resolve disputes over interpretations of the *Canada Health Act* (Mahoney and Laghi 2002). But the ability to

enforce the CHA, a federal statute, remains in the hands of the federal government so the final decisions of the panel would not be binding. Nor does this initiative resolve the fact that Quebec has not signed onto the SUFA. Basically, dispute resolution through the SUFA is really only the tip of the iceberg of federal-provincial conflict in health care.

In effect, the focus of attention on the CHA as a lightning rod in health care debates diverts attention from the real and pressing needs for real reform in the health care sector across all the provinces. Critics describe the CHA as the roadblock to health reform while supporters liken it to the rampart against the deluge of privatization. But the CHA has no such magical powers. It is at the most basic level a set of negative incentives attached to federal fiscal transfers. The impact of these penalties has so far been minimal, meaning that they work more as a disincentive, or that their impact is better gauged through the "political loop" of public backlash (see Stilman 1997). Indeed, the principal architect of the *Canada Health Act*, former Minister of Health Monique Bégin, argues that, while the CHA was instrumental in "rooting" public health insurance in the Canadian "psyche", the time has come to consider revising the Act to address the problems of modern health care and the roadblocks in governance and implementation of health reform, and to remedy the "adversarial and arbitrary" nature of the CHA enforcement process (Bégin 2002).

The political problem is not so much that the CHA exists, but the way it used to shape the political debate around health care reform. In effect, intergovernmental discussions in health care have become stymied by the relentless spotlight on a statute that regulates fiscal transfer programs, making it difficult if not impossible to coherently address issues of governance and long-term sustainability in health care. Federal politicians have been wont to brandish it as the "Ten Commandments," using financial muscle to weigh in on provincial jurisdiction; while some provincial politicians have claimed that it stifles the capacity to address real issues and pursue innovative reform avenues. The focus on the CHA and its "punishment" effects – both real and imagined – have created dysfunctional (some would say toxic) politics around health care in Canada.

While it can be argued that the emphasis on "medically necessary" services has tended to siphon resources toward acute care rather than global health, the CHA does not prevent provinces from funding home care or covering pharmaceutical costs, for example. Rather, the CHA's disincentives – through the emphasis on public administration and equal access – have for the most part been directed at private market alternatives. The entanglement of conflicts over what level of government is responsible for cost control, and the extent to which provincial health policy choices can be constrained by federal government preferences, has opened the political space for these alternatives to gather political momentum.

One of the solutions envisioned in the perceived democratic deficit in intergovernmental relations (Simeon and Cameron 2002) would be to allow for more "citizen engagement," a process by which governments encourage citizen participation in public policy-making (Abele et al. 1998). The SUFA itself alludes to the involvement of Canadians in "developing social priorities" through citizen engagement. Recent musings on engaging citizens in the health care system through "policing" the *Canada Health Act* are not exactly in the same spirit. Nor should citizen engagement be a smokescreen to devolve further the responsibility for "tough choices" that are ultimately the responsibility of publicly accountable policy makers

(Lomas 1997). The Romanow Commission's use of consultation research to "dialogue with citizens" may introduce a new frontier in citizen engagement by asking participants to envision and work through concrete scenarios for change. But for such practices to be truly effective, they will have to be accompanied by similar dialogues between senior government officials: dialogues that are not restricted to targeted issues (such as the Federal/Provincial/Territorial conference system); and dialogues that do not become monologues about money and power.

The Quebec government's Séguin commission on fiscal imbalance between the federal government surplus and pressing provincial budgetary needs, recommends a more drastic change: abolishing intergovernmental conflict at its source by replacing conditional cash transfers under the Canada Health and Social Transfer by tax room for the provinces. In this scenario, the federal spending power would become a moot issue in health care, allowing the provinces greater fiscal capacity to set their agendas for health policy. The report is a scathing criticism of the federal government's fiscal neglect of the provinces, but its recommendations cut through the roles and responsibilities debate by suggesting provinces should have exclusive leeway in setting health policy. Although less of a concern for Quebec governments, an earlier version of these arguments put forward in the Ontario context also suggested that a social union could be preserved by replacing Ottawa's "enforcer" role with an interprovincial "convention" (Courchene 1996). But there is no certainty that provincial governments, with divergent ideological baggage and political priorities based on distinct social and economic conditions, would share the same norms about health care without some form of incentives.

For all the quibbles over resources in health care between the provinces and the federal government, political battles over health care have never been *only* about money. In the past sixty years, recurring lines of demarcation between the federal government and some provinces have included ideological battles about public, universal as opposed to private, voluntary health insurance (historically, the preference of fiscally "conservative" governments in "richer" provinces such as Ontario, Alberta and British Columbia). The contested political space in health policy often has to do with the *type* of health care system to encourage, indeed more broadly over the role of the *state* in health care altogether. Attempts to control public spending in health care and the subsequent escalation of conflict in intergovernmental relations over this issue have opened a window of opportunity for political and social actors that believe in less state intervention to question the legitimacy of federal standards and to justify attempts to explore other options for financing health care.

Provinces have functioned as laboratories of innovation in the past and continue to do. Today, however, it is not a relatively less well-off province with a social-democratic government, like Saskatchewan, nor a government pushing the state into modernity, as in Quebec, that are at the forefront of change in health care. It is not insignificant to note that the most innovative solutions being promoted in Canada today are those emanating from "richer" provinces under more fiscally conservative governments with health reform agendas based on stretching the flexibility of the public model. In other words, the provincial governments most vocal about necessary changes to the fiscal order and the federal government's role in it are those that are least tied to its fiscal purse-strings. The exception is Quebec, where the current government has less ideological quibbles with the public model (solidarity and equality, not speed and quality, are the leitmotifs of the provincial Clair Commission report) and more

constitutional baggage about policy sovereignty in health care. For Quebec, the jurisdictional issue takes precedence: the extent to which provinces can opt out with compensation from federal cost-sharing arrangements, and the extent to which a "fiscal imbalance" between the provinces and the federal government threatens the provinces' ability to provide optimal health and social services to their residents.

Question 4

What works better[3] – shared jurisdiction and cooperative roles, or a clear assignment of role to one level of government or the other?

Diagnostic

- Although the roles of levels of government are well-enough defined, what is less clear is the responsibility to be attached to these roles.
- There are two competing "legends" about federalism and health care in Canada that are equally misleading: that there exists a single "national health insurance" or "medicare" system in Canada; and that health care is a purely provincial matter in which the federal government has no role to play.

Discussion

Federalism is a political arrangement by which power is constitutionally distributed between governments and in which the social and economic lives of citizens are affected by both these governments (Smiley 1987). In an uncluttered, ideal world one could suggest that federalism is a system of water-tight compartments in which each sphere of government attends to its own jurisdiction. But the real world of Canadian politics is a messy place. In fact, there is more clarity around the assignment of *roles* in health care but less consensus on the apportionment of *responsibility*. With whom does accountability rest? Whose task is it to ensure the viability of the health care system?

There exist at least two misleading "legends" about federalism and health care in Canada. The first is that there exists a "national health insurance" or "medicare" system in Canada. Both of these terms are imports from the United States and refer, respectively, to the historic and on-going U.S. debates about extending universal coverage for health care services through federal legislation, and to the medical insurance for the aged program financed and organized by the federal government. In Canada, obviously, the federal government does not play such a role; there does not exist a "Canadian health care system"; instead, we have provincially regulated health care systems financed by public revenues, with a federal fiscal contribution tied to certain standards of compatibility between the provinces. In this sense, the "Canadian" health care model can be thought of as a mosaic of ten provincial and three territorial health insurance plans, resembling one another by certain "norms". Norms are standards of behaviour that reflect a certain code of conduct, but in order to be operative, norms have to be imposed in some manner: formally, through a power relationship in which an actor or set of actors can inflict reprisals or informally in ways that are not legally binding but suggest some kind of sanction. It is, at present, difficult to gauge to what extent the principles of the *Canada Health Act* are norms to which provincial governments, health care providers, and even individual citizens, would ascribe to under different conditions than those in place today.

The second "legend" is that health care is a purely provincial matter in which the federal government has no role to play. Health care has become one of the primary symbols of a modern state's involvement in society, literally "protecting" citizens' well-being. In essence, involvement in health care represents a way in which the state can help establish the boundaries of social consensus. This, in turn, contributes to the legitimization of the state's role in the economic and social lives of citizens. Thus, arguments against federal "interference" repose upon assumptions about jurisdictional autonomy – which level of government should be responsible – (such as those emanating from Quebec), or about the limits of state involvement in citizens' lives – should governments be responsible in the first place – (emanating from conservative and neo-liberal governments).

In the *Federalist Papers*, James Madison suggests that "aggregate" interests are referred to the central government, while "particular" interests remain in the purview of sub-national or local governments. The real question this dichotomy raises is whether or not health care can be considered in the purview of provincial governments or incorporates a larger vision of the public interest. If health care is an aggregate interest, then the federal government has a role – but also a responsibility – in ensuring that these services are available to its citizens. The health policy realm places an enormous responsibility on the modern state, one that many governments are finding difficult to sustain. The development of provincial health care systems along public, universal lines, would not have been possible across Canada without federal involvement. By the same token, the basic existing model is not sustainable – politically or fiscally – without federal involvement, both in its fiscal capacity and the use of fiscal levers to encourage the public model. Obviously, the provinces were not expecting the federal government to cover only the "start-up" costs in this considerable undertaking, but rather expected a sustained commitment to these expensive programs.

If the endgame in health care is to retain its meaning as a public good, then the federal government would be better off putting more emphasis on encouraging consensus rather than enforcing rules. Part of this task involves evaluating alternatives and suggesting the boundaries of what is feasible and desirable in health care reform. Under what conditions can the federal government encourage innovations that are not entirely at odds with the basic premises of the public model? To what extent is more structured exchange of information needed in identifying, evaluating – and possibly diffusing – provincial recommendations from commissions of inquiry, new models of delivery, or experiments such as integrated care in Quebec, or health care systems in Europe and elsewhere? There are relatively large bodies of evidence to suggest that public health care systems do better in providing care and controlling costs, that health care systems focused on preventive and integrated care work better in keeping populations healthy, etc. In order to retain a relevant role in health policy, the federal government should be willing to evaluate the available evidence in suggesting the markers and signposts, and in helping to build the capacity, for real health reform. To this end, a measure of "political goodwill", for lack of a better term, is necessary in reshaping the federal-provincial dialogue in health care.

Question 5

What roles should be considered for other levels of government (municipalities, regional health authorities)? What would proposed changes be designed to achieve?

Diagnostic

- In most provinces, regional health authorities exercise considerable authority in the allocative decisions about health care organization and financing.
- Decentralization and health care are compatible only insofar as a balance can be struck between decision-making and accountability.

Discussion

Most provinces have decentralized the allocation of resources in health care through the creation of regional health boards (some elected, others appointed, still others a mix of the two). These initiatives were intended to devolve authority from provincial health ministries to regional or local bodies that would have some measure of discretion in allocating health care resources. This process was generally designed to encourage population-based funding and other allocative efficiencies, such as ensuring the optimal level of resource mix for a particular region (Dorland and Davis 1996). Although almost all provinces have instituted such regionalization through the creation or reorganization of existing local and regional health boards, these experiments have not all been successful in establishing efficiency. Part of the problem is that these boards are not always empowered to make important decisions, such as those related to physician fees and drug use. Questions have been raised as to just what kinds of decisions such boards are equipped to make: in terms of representation and accountability in the case of non-elected members, and in terms of expertise for elected members. In practice, for example, professionals often outweigh community representatives in terms of the influence exerted on the board. In addition, provincial governments also saw these initiatives as a form of "community empowerment" designed to harness public support for health care reform and "conflict containment" in the wake of public sector spending cuts and its consequences (Lomas et al. 1997). Indeed, most regional boards were created or became operative in the mid-1990s, just as provincial governments were faced with tough cost-cutting measures in the public health care sector.

In theory, such decentralization has the potential to "democratize" the health care sector if citizens are being engaged in a process of influencing decisions about service delivery – including issues of allocation and rationalization. If important decisions are made affecting the delivery and use of health care for individuals and their families, then citizens ought to be informed and involved in making and supporting these decisions in their communities. But the rationale of the "democratic wish" behind decentralization – that citizens can engage in public decision-making (Morone 1990) – is potentially problematic for at least three reasons: i) specifically, because health care delivery and financing are part of a highly complex system that is difficult for non-experts to decipher; ii) more broadly, because effective engagement

involves opening up a Pandora's box of new actors in the policy process, which can potentially widen the scope for conflict and make it difficult to achieve consensus; and iii) hypothetically, because attempts at inclusiveness can raise the potential for blame avoidance by governments and the off-loading of accountability between governments and citizens.

Decentralization and health care are compatible only insofar as a balance can be struck between decision-making and accountability. Concepts such as citizen engagement and regional boards cannot become smokescreens for authoritative decisions about cost-control and scarce resources. Of broader concern is the risk that with a continual downloading of decision-making and accountability, local concerns may be served at the expense of the larger provincial – or even national – community (Maioni 2001).

Notes

1 This section is based on Antonia Maioni, "Federalism and Health Care in Canada", in Keith G. Banting and Stan Corbett, eds, *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance* (McGill-Queen's University Press, 2002). Some of the subsequent sections in this paper draw in part from "Health Care in the New Millennium", in Herman Bakvis and Grace Skogstad, eds, *Canadian Federalism: Performance, Effectiveness, and Legitimacy*, Toronto: Oxford University Press, 2001.

2 In this paper, we interpret "senior governments" to refer to governments with Constitutional status in Canada; i.e. the federal government and provincial governments.

3 The definition of "better" is not specified – we assume here it refers to optimal outcomes in the overall access to health care by Canadians.

Bibliography

Abele, Francis, Katherine Graham, Alex Ker, Antonia Maioni and Susan Phillips. 1998. *Talking with Canadians: Citizen Engagement and the Social Union*, Ottawa: Canadian Council for Social Development.

Banting, Keith G. 1995. "Who R Us?" in Thomas Courchene, ed., *The 1995 Budget: Retrospect and Prospect*, Kingston: Queen's University John Deutsch Institute for the Study of Economic Policy, pp. 173-181.

Banting, Keith G. 1998. "The Past Speaks to the Future: Lessons from the Postwar Social Union" in Harvey Lazar, ed., *The State of the Federation 1997: Non-Constitutional Renewal*, Kingston, Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University.

Banting, Keith G. and Stan Corbett. 2002. "Health Policy and Federalism: An Introduction" in Banting and Corbett, eds, *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*. Kingston: School of Policy Studies.

Bégin, Monique. 2002. "Revisiting the *Canada Health Act* (1984): What are the Impediments to Change?" Ottawa, Institute for Research on Public Policy 30th Anniversary Lecture Series, February 20, 2002.

Cairns, Alan C. 1986. "The Embedded State: State-Society Relations in Canada" in K. Banting, ed., *State and Society: Canada in Comparative Perspective*, Toronto: University of Toronto Press, pp. 53-86.

Canada, National Forum on Health. 1997. *Canada Health Action: Building on the Legacy*, Ottawa, Minister of Public Works and Government Services.

Canada, Revised Statutes of Canada. 1985. Volume I, Chapter C-6, *Canada Health Act*. Ottawa, Queen's Printer for Canada.

Canada, Royal Commission on Health Services. 1964. *Final Report: Volume I*. Ottawa: Queen's Printer.

Conference of Provincial/Territorial Ministers of Health. 1997. *A Renewed Vision for Canada's Health System*, (January).

Courchene, Thomas J. 1996. "ACCESS: A Convention on the Canadian Economic and Social Systems," Working Paper prepared for the Ministry of Intergovernmental Affairs, Government of Ontario, Toronto, (August).

Desruisseaux, Alain and Sarah Fortin. 1999. "The Making of the Welfare State" in *As I Recall/Si je me souviens bien*, edited by the Institute for Research on Public Policy. Montreal: IRPP.

Dorland, John L. and S. Mathwin Davis. 1996. *Regionalization and Decentralization in Health Care*, Kingston: School of Policy Studies, Queen's University.

Evans, Robert G. 1990. "Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15., no. 4, pp. 101-28.

Globe and Mail. 2002. "Dr. Henry Haddad's welcome prescription," (April 8), p. A12.

Glouberman, Sholom. 2001. *Towards a New Perspective on Health Policy*. CPRN Study No. H|03. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.

Guest, Dennis. 1997. *The Emergence of Social Security in Canada: Third Edition*, Vancouver: University of British Columbia Press.

Hawkes, David C. and Bruce G. Pollard. 1984. "The Medicare Debate in Canada: The Politics of New Federalism," *Publius: The Journal of Federalism* 14, pp. 183-98.

Lomas, Jonathan, John Woods and Gerry Veenstra. 1997. "Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: An Introduction to the Issues," *Canadian Medical Association Journal*, 156:3, pp. 371-77.

Lomas, Jonathan. 1997. "Reluctant Rationers: Public Input to Health Care Priorities," *Journal of Health Services & Research Policy*, 2:2, pp. 103-11.

Mahoney, Jil and Brian Laghi. 2002. "Ottawa wants Medicare mediation panel," *Globe and Mail*, (April 13), p. A9.

Maioni, Antonia. 1998. *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton: Princeton University Press.

Maioni, Antonia. 1999. "Decentralization in Health Policy: A Comment on the ACCESS Proposals" in Robert Young, ed. *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, Kingston: Institute for Intergovernmental Relations, pp. 97-121.

Maioni, Antonia. 2001. "The Citizenship-Building Effects of Policies and Services in Canada's Universal Health Care Regime," Canadian Policy Research Networks Discussion Paper No. F/17, (September).

Mallory, James R. 1965. "The Five Faces of Federalism" in P.-A. Crépeau and C.B. Macpherson, eds, *The Future of Canadian Federalism*, Toronto: University of Toronto Press.

Ministerial Council on Social Policy Reform and Renewal. 1995. *Report to Premiers*.

Morone, James A. 1990. *The Democratic Wish: Popular Participation and the Limits of American Government*, New York: Basic Books.

Naylor, C. David. 1986. *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*, Montreal: McGill-Queen's University Press, 1986.

O'Reilly, Patricia. 2001. "The Federal/Provincial/Territorial Health Conference System" in Duane Adams, ed., *Federalism, Democracy and Health Care in Canada*, Montreal: McGill-Queen's University Press.

Pierson, Paul. 1993. "When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change," *World Politics* 45: pp. 595-628.

Quebec, Health and Social Services Commission. 2001. *Emerging Solutions - Report and Recommendations*. (www.cessss.gouv.qc.ca)

Quebec, Commission on Fiscal Imbalance. 2002. *Report of Commission on Fiscal Imbalance and Supporting Documents*. (www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/en/document/publication.htm)

Robinson, Ian and Richard Simeon. 1994. "The Dynamics of Canadian Federalism" in James Bickerton and Alain-G. Gagnon, eds, *Canadian Politics, 2nd Edition*, Peterborough: Broadview Press.

Romanow, Roy. 2002. *Notes for Remarks at McGill University*, Montreal: McGill Institute for the Study of Canada, February 15. (www.healthcarecommission.ca)

Smiley, Donald V. 1962. "The Rowell-Sirois Report, Provincial Autonomy and Post-War Canadian Federalism," *Canadian Journal of Economics and Political Science* 28:1, (March), pp. 54-69.

Smith, Miriam. 1995. "Medicare and Canadian Federalism," in Rocher, François and Miriam Smith, eds, *New Trends in Canadian Federalism*, Peterborough: Broadview Press.

Soderstrom, Lee. 1978. *The Canadian Health System*. London: Croom Helm.

Stevenson, Garth. 1985. "The Division of Powers" in Richard. Simeon, ed., *Division of Powers and Public Policy*, Toronto: University of Toronto Press, pp.71-123.

Stilborn, Jack and Robert B. Asselin. 2001. *Federal-Provincial Relations*, Ottawa: Library of Parliament, Political and Social Affairs Division (93-10E).

Stilborn, Jack. 1997. *National Standards and Social Programs: What the Federal Government Can Do*. Ottawa: Library of Parliament, Political and Social Affairs Division (BP-379-E).

Taylor, Malcolm G. 1987. *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*, 2nd edition, Montreal: McGill-Queen's University Press.

Taylor, Malcolm G. 1991. *Insuring National Health Care: The Canadian Experience*, Chapel Hill: University of North Carolina Press

Tuohy, Carolyn J. 1989. "Federalism and Canadian Health Care Policy" in W. Chandler and C. Zollner, eds, *Challenges to Federalism: Policy-Making in Canada and the Federal Republic of Germany*, Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University.

Weaver, R. Kent. 1986. "The Politics of Blame Avoidance," *Journal of Public Policy* 6 (November), pp. 371-98.

Wheare, K.C. 1951. *Federal Government*, 2nd edition, London: Oxford University Press.

Appendix:
Key Events in Health Insurance Legislation in Canada

Source: "Key Events," *Public Health Insurance Through History*, Virtual Exhibit, McGill Institute for the Study of Canada (www.arts.mcgill.ca/programs/misc/).

1919 – Dominion Department of Health established (becomes Department of Pensions and National Health, 1928).

1928 – House of Commons Select Standing Committee on Industrial and International Relations studies "sickness insurance".

1932 – British Columbia Royal Commission on the State Health Insurance and Maternity Benefits (recommends compulsory health insurance for low-income workers).

1933 – Alberta holds a second Commission of Inquiry on the issue of establishing a provincial health insurance scheme. Winnipeg Medical Society launches "doctor's strike" except for emergency care.

1934 – Canadian Medical Association endorses "the principle of health insurance".

1935 – Government of British Columbia presents a preliminary bill to the provincial legislative assembly calling for the creation of provincial health insurance.

1935 – Ontario government signs an agreement with the Ontario Medical Association to subsidize the cost of patients on relief; municipal medical relief plans are also implemented in cities in other provinces.

1936 – British Columbia *Health Insurance Act* passed (never implemented).

1939 – Voluntary medical insurance initiatives (Windsor Medical Services; Associated Medical Services in Toronto); Manitoba Blue Cross established.

1940 – The Report of the Royal Commission on Dominion-Provincial Relations (the Rowell-Sirois Report) recommends cost-sharing by federal government of health insurance to ensure fiscal capacity of provinces and to maintain similar standards throughout Canada.

1942 – Interdepartmental Advisory Committee on Health Insurance developed by Minister Ian Mackenzie and chaired by J. J. Heagerty, presents a draft bill for health insurance (via conditional grants-in-aid to the provinces).

1943 – House of Commons Special Committee on Social Security studies health insurance.

1944 – Prime Minister Mackenzie King delivers the Throne Speech, which calls for health insurance and family allowances as central part of post-war reconstruction.

1944 – Ontario (Progressive Conservative) Premier George Drew calls for a reconstruction conference with health insurance on the agenda.

1944 – Alberta (Social Credit) adopts the Alberta Maternity Hospital Plan.

1945 – Dominion-Provincial Conference on Post-War Reconstruction discusses « Green Book » proposals for social programs, including health insurance; some provinces oppose federal intervention in their jurisdiction.

1946 – Cooperative Commonwealth Federation (CCF) government led by Tommy Douglas introduces Saskatchewan Hospital Services Plan (implemented in 1947).

1948 – Federal Finance Minister Paul Martin, Sr. develops National Health Grants program (federal financial support to provinces).

1948 – British Columbia (Liberal Conservative Coalition) government develops hospital coverage.

1949 – Alberta (Social Credit) government begins establishment of hospital insurance via a municipal hospital plan (similar to Saskatchewan, but with patient contributions).

1951 – Canadian Medical Association (CMA) establishes the Trans-Canada Medical Service (TCMS) that included seven insurance plans on a provincial basis (by 1955, all provinces with 2 million beneficiaries).

1955 – Ontario (Progressive Conservative) government establishes Hospital Insurance Plan; at Federal-Provincial Conference, Ontario Premier Leslie Frost calls on Prime Minister Louis St-Laurent to develop federal cost-sharing for hospital insurance.

1956 – Canadian Medical Association opposes universal hospital insurance.

1957 – In March, House of Commons (Liberal majority) passes Bill 165 on hospital insurance with a unanimous vote; in June, Prime Minister John Diefenbaker's (Progressive Conservative minority) revokes the majority province rule required to implement Bill 165.

1958 – On July 1st, the *Hospital and Diagnostics Services Act* of 1957 comes into effect (based on a 50-50 cost-sharing formula).

1960 – Prime Minister Diefenbaker appoints Royal Commission on Health Services, chaired by Emmett Hall.

1960 – In June, a referendum on medical insurance is held by the CMA as a means to protect the interests of its members, such as the right for physicians to make clinical decisions in patient care, without intervention or interference from a third party (the government).

1961 – All provinces have legislated hospital insurance and have entered into cost-sharing agreements with the federal government.

1961 – Saskatchewan Premier Woodrow Lloyd (CCF) introduces a medical care insurance bill to the provincial legislature.

1962 – July 1st starting date for medical insurance in Saskatchewan leads to province-wide doctor's strike; July 22, Saskatchewan physicians are ordered back to work by the provincial Superior Court.

1963 – Alberta Premier Ernest Manning (Social Credit) government introduces medical insurance plan (known as "Manningcare") that offers subsidies for low-income earners to allow them to pay for voluntary coverage.

1964 – The final report of the Hall Commission recommends comprehensive health coverage for all Canadians.

1965 – The Canadian Medical Association expresses concern about these recommendations.

1966 – Ontario Medical Services Insurance Plan introduced to provide insurance to the medically indigent and to low-income earners.

1966 – Health and Welfare Minister Allan MacEachen introduces Bill C277 to the House of Commons; *Medical Care Insurance Act* passed with a vote tally of 177:2.

1967 – Cost-sharing program for medical insurance comes into effect; Saskatchewan and British Columbia become the first two provinces to join the program.

1969 – Newfoundland, Nova Scotia, Manitoba, Alberta join the program.

1970 – Quebec passes legislation for medical insurance, after strike by specialist physicians; extra-billing is not permitted by law.

1971 – New Brunswick and Northwest Territories join the program.

1972 – Yukon joins the program.

1976 – At Federal-Provincial Conference, Prime Minister Pierre Trudeau proposes tax points and block-grant funding to replace cost-sharing programs for medical care.

1977 – The *Established Programs Financing Act* (EPF), based on per capita transfers to the provinces tied to growth in GNP, passed to replace the 1972 *Revenue Guarantee Act*.

1979 – Progressive Conservative Prime Minister Joe Clark appoints Emmett Hall to chair the Health Services Review Committee; Committee recommends end to extra-billing.

1981 – Extra-billing is banned in British Columbia.

1983 – Health Minister Monique Bégin presents White Paper on "Preserving Universal Medicare" focusing on guarantees to access to health care services.

1984 – The *Canada Health Act* of 1984 becomes law; financial sanctions for provincial non-compliance with the five principles of the Act become effective immediately.

1985 – Saskatchewan doctors agree to end extra-billing.

1985 – The Ontario *Health Care Access Act* introduced in the legislature.

1986 – Province-wide physicians strike launched in Ontario; Ontario Medical Association disputes the constitutionality of Bill 94 (Ontario *Health Care Services Act*).

1986 – Canadian Medical Association opposes *Canada Health Act* as a violation of the *Constitution Act* of 1982; case is redirected to the Supreme Court of Canada.

1986 – Alberta bans extra-billing and proposes that the fee schedule be negotiated through binding arbitration.

1987 – Extra-billing end date for New Brunswick.

1989 – EPF transfers are scaled back to GNP increases minus three percentage points.

1990 – EPF transfers are frozen for five years.

1991 – The Health Action Lobby (HEAL) formed as a coalition of health and consumer organizations expressing concern over the erosion of the federal government's role in health care.

1994 – National Forum on Health appointed by Prime Minister Jean Chrétien.

1995 – Canada Health and Social Transfer replaces EPF and Canada Assistance Plan; substantial reduction in transfers to the provinces for social programs.

Mid-1990s – Important reductions in several provincial health budgets; hospital and bed closures; reduction of some services; salary caps for specialist services; regional boards implemented in most provinces.

1997 – Quebec introduces mandatory pharmacare plan.

1999 – Alberta Progressive Conservative government under Ralph Klein introduces Bill 11 (allows for contracting-out with private care facilities for minor elective surgery).

1999 – Saskatchewan Commission on Medicare (chaired by Ken Fyke) releases its report: *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*.

1999 – Social Union Framework Agreement signed between federal government and provinces (except Quebec).

1999 – Federal budget injects $11.5 billion in health care over five years.

2000 – Federal budget earmarks extra $2.5 billion in cash for provincial health care needs.

2000 – Ontario Health Services Restructuring Commission (chaired by Duncan Sinclair) releases its report: *Looking Back, Looking Forward: A Legacy Report*.

2001 – Quebec Health and Social Services Commission (chaired by Michel Clair), releases its report: *Emerging Solutions - Report and Recommendations*.

2001 – Royal Commission on the Future of Health Care appointed, chaired by Roy Romanow (former Premier of Saskatchewan).

2002 – Alberta Premier's Advisory Council on Health, (chaired by Don Mazankowski), releases its report: *A Framework for Reform*.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 34

Rôles et responsabilités en matière de politique des soins de santé

par
Antonia Maioni, Ph.D.
Université McGill

novembre 2002

N° de catalogue CP32-79/34-2002F-IN

ISBN 0-662-87892-2

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Question 1 1
- Diagnostic 1
- Analyse 1
  - Soins de santé et répartition des pouvoirs 1
  - Définition des rôles du gouvernement fédéral et des provinces en matière de soins de santé 2

Question 2 6
- Diagnostic 6
- Analyse 6
  - Accords financiers conclu au cours des années 70 6
  - La *Loi canadienne sur la santé* 7
  - Les accords financiers et l'Union sociale 9

Question 3 12
- Diagnostic 12
- Analyse 12
  - Rôles des gouvernements 12
  - Mécanismes de coopération et accords financiers en vigueur 14

Question 4 19
- Diagnostic 19
- Analyse 19

Question 5 22
- Diagnostic 22
- Analyse 22

Notes 24

Bibliographie 25

Appendice : Principaux événements de l'histoire de la législation sur l'assurance-santé au Canada 28

Points saillants

- La période où les *rôles* ont été le plus clairement définis est celle où la *responsabilité* pour les soins de santé n'était pas exercée.

- Historiquement, la transparence n'a pas été une caractéristique des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé, pas plus d'ailleurs que le consensus.

- Le rôle initial du gouvernement fédéral dans la politique de la santé a été celui de catalyseur, de rassembleur et de négociateur dans le contexte des efforts de coopération fédérale-provinciale dans le secteur des soins de santé. Le gouvernement fédéral a utilisé son pouvoir de dépenser comme stimulant financier pour assurer la diffusion à la grandeur du pays du modèle de soins de santé financés par les deniers publics, en fournissant des munitions à ceux qui appuyaient le projet et une incitation à ceux qui ne le soutenaient pas.

- Au cours des trente dernières années, le rôle du gouvernement fédéral dans l'élaboration de la politique de soins de santé est rapidement devenu plus *unilatéral* au niveau des processus et moins *efficace* dans la pratique.

- Les changements observés dans le rôle du gouvernement fédéral sont compatibles avec la tendance générale vers une réaménagement des *accords financiers* d'une façon décentralisée (dans le contexte du remplacement du partage direct des coûts par des subventions globales) mais, contrairement aux autres secteurs de politiques, cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une dévolution de l'*espace politique* dans le domaine des soins de santé.

- Il faut apporter des changements afin de réduire minimum les conflits destructeurs dans les relations fédérales-provinciales : le gouvernement fédéral doit agir comme catalyseur plutôt que comme chien de garde, tandis que les gouvernements provinciaux doivent assumer leurs responsabilités de faire des choix politiques dans le secteur des soins de santé.

- Les accords financiers devraient faire en sorte que les gouvernements provinciaux disposent d'une capacité financière viable pour assumer leurs responsabilités dans le domaine des soins de santé, tout en permettant au gouvernement fédéral de jouer un rôle complémentaire.

- Les rôles des deux niveaux de gouvernement sont suffisamment bien définis, mais les responsabilités qui se rattachent à chacun le sont moins.

- Il y a deux « légendes » au sujet des soins de santé au Canada, aussi fausse l'une que l'autre : i) il n'y a qu'un seul « régime national d'assurance-santé » au Canada; ii) les soins de santé sont de compétence purement provinciale et le gouvernement fédéral n'a aucun rôle à jouer.

- Dans la plupart des provinces, les régies régionales de la santé jouissent d'un pouvoir décisionnel considérable en matière de répartition, d'organisation et de financement des soins de santé, mais la décentralisation et les soins de santé ne sont compatibles que dans la mesure où l'on parvient à un équilibre entre la prise de décision et l'obligation de rendre compte.

Sommaire

Le monde concret de la politique canadienne n'est pas épargné par la confusion. Dans les faits, on s'entend davantage sur la répartition des *rôles* dans le domaine des soins de santé que sur celle des *responsabilités*. Le partage des compétences dans ce domaine contribue, en théorie, à créer l'impression que le Canada est la fédération la plus décentralisée au monde. Mais les normes qui « lient » les systèmes provinciaux de santé sont à la fois plus fragiles et plus robustes que celles des autres pays : plus fragiles parce qu'elles s'appuient sur une législation fédérale qui offre des incitations négatives; plus robustes au sens où elles ne laissent pas beaucoup de place pour l'expérimentation avec des mécanismes du marché privé.

Le fédéralisme canadien a freiné le développement de la politique de la santé mais tout en lui servant de dynamique innovatrice. Sous l'impulsion des provinces, le gouvernement fédéral les a convoquées amenées à ratifier une entente de partage des coûts. L'expérimentation à l'échelle provinciale, la négociation intergouvernementale et les incitations du gouvernement fédéral ont contribué au mécanisme de diffusion d'un régime public d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. Même si la participation fédérale dans les soins de santé s'est limitée surtout à l'utilisation de son pouvoir de dépenser, la répartition des ressources a eu un impact visible sur les politiques des provinces en matière de santé. De fait, on peut considérer les soins de santé comme un exemple de la capacité du fédéralisme à façonner une réforme sociale efficace. Le fédéralisme a servi d'instrument par lequel des notions précises sur le rôle de l'État, les droits sociaux des citoyens et l'équité entre les personnes et les régions ont été intégrées aux programmes sociaux des provinces. Le rôle du gouvernement fédéral n'était pas d'imposer l'uniformité d'une province à l'autre, puisque les régimes provinciaux témoignent d'une certaine diversité qui rend l'innovation possible, mais plutôt de faire en sorte que les provinces appliquent les mêmes « règles du jeu » et que l'argent des contribuables canadiens serve au financement de systèmes d'assurance publics capables de garantir une certaine « égalité » des droits sociaux parmi les citoyens canadiens, sans égard à leur province de résidence.

La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 est un exemple du rôle fédéral dans l'établissement de la politique des soins de santé, mais elle a été adoptée au moment même où le gouvernement fédéral entreprenait de se désengager de ses responsabilités financières. À compter de 1984, on observe une baisse continuelle de l'engagement financier du gouvernement fédéral envers les programmes sociaux des provinces. Les changements apportés à la formule de financement (c'est-à-dire, le FPE en 1977 et le TCSPS en 1996) ont donné aux provinces une plus grande flexibilité pour établir leurs priorités de dépenses, mais ces modifications signifiaient aussi que les provinces étaient responsables des hausses de dépenses en soins de santé et de la répartition des transferts fédéraux entre les segments concurrents du champ plus vaste de la politique sociale.

Les conflits intergouvernementaux sont généralement la norme dans les domaines touchent à la répartition – et à la redistribution – des ressources, mais le ressentiment des gouvernements provinciaux s'est accentué dans les années 90. Durant cette période, le gouvernement fédéral et les provinces semblent avoir pris des voies parallèles en matière de réforme de la santé, au lieu de suivre le modèle coopératif du passé. L'Entente-cadre sur l'Union sociale (ECUS) de février 1999 reconnaissait le bien-fondé d'une plus grande transparence et de consultations plus poussées dans l'élaboration des politiques au niveau intergouvernementale, y compris la résolution des conflits, et les budgets fédéraux de 1999 et 2000 affirmaient l'engagement d'assurer un financement stable pour les soins de santé dans les provinces, en plus d'instaurer des mesures visant à éliminer les disparités interprovinciales. Mais l'ECUS ne reflétait pas pleinement les processus interprovinciaux qui avaient mené à son élaboration, tandis que l'abstention du Québec et l'absence d'un accord sur la délimitation des compétences à l'égard des soins de santé restent des questions non résolues.

La politique des soins de santé peut être établie par les provinces et elle l'est effectivement. Les provinces ont servi de laboratoires pour l'innovation dans le passé et elles continuent à le faire à l'heure actuelle. Mais cela ne signifie pas que le gouvernement fédéral doit – ou devrait être – silencieux dans le domaine de la politique de la santé. Il peut avoir un rôle important à jouer, de concert avec les provinces, en participant à la définition d'une vision à long terme nécessaire pour établir les balises et déterminer les ressources garantissant la viabilité des systèmes de soins de santé à la grandeur du pays. En d'autres termes, le système de santé dans sa totalité peut bénéficier d'une vision d'ensemble de la politique en matière de santé qui comprend l'apport du gouvernement fédéral au niveau global et sa participation dans des domaines précis là où elle est justifiée. Le rôle le plus positif du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé est celui de catalyseur (et non de chien de garde), afin que tous les Canadiens puissent avoir accès à des soins de santé à un coût abordable dans chaque province. Il ne s'ensuit pas nécessairement que le gouvernement fédéral peut « garantir » exactement les mêmes prestations de soins à chaque citoyen, parce que son rôle ne consiste pas à « microgérer » le système de soins de santé. Cela ne veut pas dire non plus que la présence fédérale dans le secteur de la santé est synonyme de solutions « uniformes » pour toutes les provinces. Mais il reste que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'articulation et la promotion du droit aux soins de santé en tant que bien public. Pour ce faire, il doit, sur le plan symbolique, être prêt à articuler et à défendre une vision cohérente et il doit, sur le plan pratique, être disposé à offrir des incitations financières pour que cette vision se reflète dans les régimes provinciaux de santé.

On doit s'attendre à ce qu'il y ait des conflits dans le domaine des politiques de santé, parce qu'il fait intervenir une redistribution des ressources et des risques. Mais des conflits qui ont pour effet de paralyser le dialogue et de saper la confiance de la population ont en définitive des effets néfastes non seulement pour la fédération mais aussi pour la qualité de vie de ses citoyens. Il est étonnant qu'une fédération décentralisée comme le Canada ne possède que peu de mécanismes de coopération intergouvernementale et de résolution de conflits dans le domaine des politiques de santé. En dépit des innombrables querelles financières entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des soins de santé, les batailles politiques dans ce domaine n'ont jamais porté exclusivement sur des questions financières. L'espace politique contesté a souvent été relié aux débats sur le genre de système de soins de santé à privilégier et, de façon plus générale, sur le rôle de l'État dans les soins de santé. Les tentatives en vue de contrôler les

dépenses publiques dans le secteur des soins de santé et l'escalade subséquente des tensions intergouvernementales sur cette question ont donné l'occasion à des intervenants politiques et sociaux qui préconisent une intervention moins grande de l'État de remettre en question la légitimité des normes fédérales et de justifier les initiatives visant à étudier d'autres options en matière de financement des soins de santé.

Si l'objectif ultime du secteur des soins de santé est de préserver son statut de bien public, il serait alors plus avantageux pour le gouvernement fédéral de s'employer davantage à favoriser un consensus au lieu mettre l'accent sur l'application des règles. En partie, cela veut dire évaluer des solutions de rechange et proposer des limites à ce qui est réalisable et souhaitable dans la réforme des soins de santé. Dans quelles conditions le gouvernement fédéral peut-il encourager des innovations qui n'entrent pas directement en contradiction avec les principes fondamentaux du modèle public? Dans quelle mesure un échange d'information plus structuré est-il nécessaire pour identifier, évaluer – et peut-être même diffuser – les recommandations provenant des commissions d'enquête provinciales, de nouveaux modèles de prestation ou d'initiatives d'expérimentation comme les soins intégrés au Québec, ou de systèmes de soins de santé en Europe et ailleurs? Les preuves montrant que les systèmes de soins de santé publics parviennent à offrir de meilleurs services et à mieux contrôler les coûts, et que les systèmes de soins de santé axés sur la prévention et les soins intégrés réussissent mieux à maintenir la population en santé sont relativement abondantes. S'il veut continuer à jouer un rôle pertinent en matière de politique de santé, le gouvernement fédéral devrait évaluer les preuves disponibles afin de proposer des balises et des repères et contribuer à la réalisation d'une véritable réforme de la santé. À cette fin, une dose de « bonne volonté politique » (à défaut d'une meilleure expression) est nécessaire pour réorienter le dialogue fédéral-provincial sur les soins de santé.

Question 1

Quand les rôles du gouvernement fédéral et des provinces ont-ils été le plus clairement définis? Dans quelle mesure cette transparence était-elle fonction des rôles que chacun des deux intervenants a joué dans le financement du système?

Diagnostic

- La période où les *rôles* ont été le plus clairement définis est celle où la *responsabilité* pour les soins de santé n'était pas exercée.
- La transparence n'a pas été une caractéristique des relations fédérales-provinciales dans le domaine des soins de santé, même sur le plan du financement du système.

Analyse

Soins de santé et répartition des pouvoirs[1]

La répartition des pouvoirs prévue par la *Loi constitutionnelle* de 1867 et celle de 1982 établit les paramètres de la structure fédérale au Canada. Cette législation témoigne d'une tension entre la tendance centralisatrice inhérente aux pouvoirs économiques et résiduaires attribués au gouvernement fédéral et l'effet décentralisateur des vastes responsabilités accordées aux provinces. Cette tension s'est accentuée depuis 1867 pour une multitude de raisons, y compris les interprétations judiciaires favorables aux provinces et l'adoption de la Charte des droits et libertés en 1982. Néanmoins, des périodes de coopération intergouvernementale ont débouché sur d'importantes initiatives en matière de politiques, dont les programmes qui constituent le noyau de l'État providence au Canada.

Les soins de santé constituent un bon exemple de cette dynamique. La *Loi constitutionnelle* de 1867 ne renferme qu'un nombre limité de références précises aux soins de santé mais, depuis lors, les conflits entre les différents niveaux de gouvernement se sont intensifiés avec l'expansion des pouvoirs provinciaux dans des domaines de compétences qui se sont avérés beaucoup plus importants qu'on ne l'avait envisagé dans la *Loi constitutionnelle*. (Mais cela ne signifie pas, comme certains l'ont laissé croire, que si la constitution avait été rédigée en 1982, le pouvoir fédéral aurait hérité de la compétence sur le domaine des soins de santé; l'accent mis sur le principe de la subsidiarité dans l'Union européenne en atteste.) De fait, on considérait en 1867 que les préoccupations soulevées par la santé étaient d'ordre privé plutôt que public et qu'elles s'inscrivaient dans les limites des responsabilités familiales et de celles des établissements de bienfaisance ou des communautés religieuses, de sorte que l'intervention gouvernementale se limitait surtout à des questions d'hygiène publique (Guest, 1997). Néanmoins, avec l'extension progressive des responsabilités de l'État moderne, l'énumération des responsabilités provinciales a mené à une interprétation plus vaste dans le secteur de la santé (Stevenson, 1985). La *Loi constitutionnelle* permet aux législatures provinciales d'adopter des lois en vertu de l'article 92(7) pour « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité », en vertu de l'article 92(13), « l'administration de la justice dans la

province », et en vertu de l'article 92(16), « généralement toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province ».

Même si, formellement, la politique de santé est considérée comme relevant avant tout de la compétence des provinces, le gouvernement fédéral occupe tout de même un espace politique important dans ce domaine. Cet espace est en partie relié aux responsabilités constitutionnelles du gouvernement fédéral en matière de santé publique aux termes de l'article 91(11), ainsi que pour le bien-être général de groupes précis (les « Indiens » et les « étrangers », ainsi que les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des Forces armées). De plus, même si le gouvernement fédéral ne peut adopter de lois touchant directement les systèmes de santé provinciaux, il dispose de ressources financières plus importantes, comme en témoigne les dispositions de l'article 91(3) concernant « le prélèvement de deniers par tous modes ou systèmes de taxation ». Mais par une série de modifications constitutionnelles, une compétence a été créée pour le gouvernement fédéral dans d'autres secteurs de la politique sociale, dont l'assurance-chômage (1940) et une compétence concurrente pour les pensions de vieillesse (1951 et 1964).

La participation du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé s'est surtout confinée à l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser, mais la répartition des ressources financières a bien sûr une incidence sur les politiques provinciales en matière de santé (Tuohy, 1989). Deux exemples relatifs au pouvoir fédéral de dépenser sont ici pertinents. Le premier est l'utilisation des paiements de transfert, par lesquels des fonds fédéraux sont employés pour aider à couvrir une partie des coûts d'un programme provincial. Les premiers programmes de partage des frais de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé en sont des exemples, comme le sont aussi les dispositions plus récentes sur le financement de base, telles que le Financement des programmes établis (qui a servi à assurer le financement des soins de santé et de l'enseignement postsecondaire après 1976) et le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (qui couvre la santé, l'éducation et l'aide sociale depuis 1995). Les paiements de péréquation – deuxième volet du pouvoir fédéral de dépenser – ne visent pas directement le financement des programmes car ils sont versés au compte des recettes générales des provinces. Les paiements de péréquation ont pour but d'aider les provinces dont les économies sont moins vigoureuses à offrir à leur population des niveaux de services de santé et autres comparables à ceux des provinces mieux nanties. Outre ces deux types de subventions aux provinces, le gouvernement fédéral engage aussi des dépenses « directes » dans le domaine des soins de santé par le biais de ses responsabilités à l'égard des Premières Nations et des Inuits, du personnel militaire et de ses programmes de promotion et de protection de la santé et de recherche en santé.

Définition des rôles du gouvernement fédéral et des provinces en matière de soins de santé

Ironiquement, la période où les *rôles* étaient le plus clairement définis est celle où la *responsabilité* pour les soins de santé n'était pas exercée. Dans une perspective historique, c'est au début du 20^{e} siècle, période du fédéralisme soi-disant « classique », que les rôles du gouvernement fédéral et des provinces ont été le plus clairement démarqués (Mallory, 1965; Robinson et Simeon, 1990). Pendant les trois premières décennies de ce siècle, deux facteurs ont

été responsables du maintien des « compartiments étanches » délimitant les rôles du gouvernement fédéral et des provinces : i) les gouvernements n'avaient pas encore assumé un rôle important dans le financement de la santé et des services sociaux; ii) le Comité judiciaire du Conseil privé de Londres allait admettre la validité de plusieurs griefs des provinces visant l'intrusion fédérale ou l'expansion de ses activités dans des champs de compétence provinciale.

L'absence de mécanismes pertinents pour mener une action coordonnée est toutefois devenue problématique pendant la Grande Crise des années 30. Le gouvernement fédéral avait ou n'avait peut être pas la volonté politique d'aller de l'avant dans le domaine de la politique sociale, selon l'interprétation que l'on donne à la *Loi sur le placement et les assurances sociales*, adoptée par le gouvernement conservateur en 1935, ou à l'arrêt du Comité judiciaire du Conseil privé concernant son inconstitutionnalité en 1937 (Smith, 1995). Mais il est évident que les gouvernements provinciaux n'avaient pas les moyens financiers de s'aventurer dans ce domaine. Ainsi, le gouvernement (libéral) de la Colombie-Britannique a adopté une législation sur l'assurance-santé en 1936, mais il lui a été impossible de la mettre en œuvre sans l'aide financière du gouvernement fédéral (Naylor, 1986).

Une nouvelle ère de « fédéralisme coopératif » a débuté avec la création de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces (Rowell-Sirois). Dans son rapport publié en 1940, la Commission indiquait que le gouvernement fédéral avait un rôle financier à jouer dans le domaine de la politique sociale, à cause de son pouvoir de dépenser, mais elle réitérait la responsabilité première des provinces pour l'élaboration des systèmes de soins de santé, d'éducation et de bien-être (Smiley, 1962). La coopération en matière de politique de santé allait toutefois prendre beaucoup plus de temps à se développer et elle a donné lieu à d'importantes querelles politiques. Même si le ministère fédéral des Pensions s'était employé à promouvoir activement le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé au cours des années de guerre, comme le firent aussi par la suite le rapport Marsh en 1943 et le Discours du Trône de 1944, aucune mesure de politique concrète ne fut proposée à ce moment (Maioni, 1998). En 1945, le gouvernement fédéral décida de convoquer la Conférence du Dominion et des provinces sur la reconstruction afin d'encadrer les délibérations sur les propositions concrètes de réforme sociale (y compris les soins de santé), mais certaines provinces s'opposèrent à l'« ingérence » fédérale (notamment le Québec et l'Ontario), de sorte que le premier ministre Mackenzie King eut de sérieuses réserves devant la perspective d'empiéter sur les compétences des provinces et de s'engager dans la voie d'une expansion des dépenses dans le domaine social. En 1948, Paul Martin (père) finit par le convaincre d'appuyer le Programme national de subventions pour les soins de santé mais, en l'absence d'autres initiatives fédérales, les provinces commencèrent à exercer leurs prérogatives constitutionnelles et à innover dans le secteur des soins de santé. En voici deux exemples : le gouvernement CCF de la Saskatchewan décida de « faire cavalier seul » (Taylor, 1987) en adoptant une loi qui allait donner naissance en 1946 au premier régime public d'assurance-hospitalisation en Amérique du Nord; entre-temps, le gouvernement conservateur de l'Ontario faisait pression sur le gouvernement fédéral pour qu'il partage les coûts d'un tel programme. L'effet de démonstration exercé par la Saskatchewan, de concert avec les pressions politiques exercées par l'Ontario à la conférence fédérale-provinciale de 1955, ont finalement convaincu le gouvernement St-Laurent de faire adopter la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. Ainsi, sous l'impulsion des provinces, le gouvernement fédéral en est venu à les convoquer et à les convaincre de ratifier une

entente intergouvernementale. Cette législation a permis de mettre en place un régime de partage des coûts à caractère non limitatif, en vertu duquel le gouvernement fédéral remboursait environ la moitié des coûts des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation qui avaient un caractère à la fois *intégral* et *universel*. Dès 1961, toutes les provinces avaient mis en place des régimes d'assurance-hospitalisation conformes à cette entente. Soulignons que le Québec a été la dernière province à ratifier l'entente après la victoire de Jean Lesage en 1960; auparavant, le gouvernement de l'Union nationale avait soutenu que l'assurance-hospitalisation était une question de compétence provinciale et, plus précisément, de responsabilité privée.

L'expérimentation à l'échelle provinciale, les négociations intergouvernementales et les incitations du gouvernement fédéral ont aussi contribué à la mise en place du mécanisme de diffusion du régime public d'assurance-santé. Deux forces ont agi : tout d'abord, le gouvernement néo-démocrate de la Saskatchewan a déposé une législation historique pour instaurer un régime d'assurance-santé public en 1961 (même si son lancement a été retardé par une grève des médecins en 1962); puis, la Commission royale sur les services de santé (Commission Hall) a recommandé en 1964 que le gouvernement fédéral encourage l'application de ce modèle partout au Canada. Lors de la conférence fédérale-provinciale de 1965, le premier ministre Lester Pearson a invité les provinces à examiner les paramètres d'une nouvelle entente permettant au gouvernement fédéral de partager uniquement les frais des services de médecins (et non des autres services de santé) selon une formule à échelle mobile fondée sur la moyenne pancanadienne des coûts de ces services par habitant (Soderstrom, 1978, p. 162-165). Pour assurer une mesure d'uniformité à la grandeur du pays, la *Loi sur l'assurance-maladie* de 1966 stipulait que les programmes provinciaux devaient avoir un caractère *intégral*, *universel* et *transférable*, et être *gérés par le secteur public*. Dès 1971, chaque province avait institué un tel régime, après avoir surmonté de nombreux obstacles politiques. Les dirigeants provinciaux en Alberta et en Ontario se sont objectés à l'adoption d'un régime public d'assurance-santé universel. Ainsi, le gouvernement du Crédit social de l'Alberta préférait son modèle « Manningcare » d'assurance facultative, assorti de subventions publiques pour les pauvres. Pour sa part, le premier ministre conservateur John Robarts de l'Ontario qualifiait la politique fédérale de « fraude politique » (Taylor, 1987). Les gouvernements successifs au Québec ont tenté sans succès de modifier la formule afin de permettre le retrait avec compensation. Même si les recommandations de la Commission Castonguay en faveur d'une assurance universelle jouissaient d'un large appui populaire et politique, le point de friction pour le Québec était la mesure dans laquelle le gouvernement fédéral pouvait utiliser la fiscalité pour financer des programmes dans des domaines de compétence provinciale (Desruisseaux et Fortin).

Les programmes d'assurance de soins médicaux et hospitaliers instaurés partout au Canada au cours de la période du fédéralisme coopératif ont marqué un point culminant dans la capacité du fédéralisme de façonner une réforme sociale efficace. Ce mouvement a été encouragé par le fait que les gouvernements fédéraux ont pu mobiliser et engager les provinces dans le processus de mise en place de la politique sociale. Les responsabilités financières étaient relativement bien définies pendant cette période et l'on a pris soin de préserver l'autonomie perçue des provinces. Les gouvernements provinciaux ont commencé à développer leur capacité administrative en tant qu'« États », aiguillonnées par les responsabilités croissantes du secteur public dans les domaines de la santé, de l'éducation et des services sociaux.

L'émergence d'un exercice plus activiste de la politique sociale par le gouvernement fédéral et les provinces a aussi été favorisée par les opinions politiques dominant la vision du monde au cours de la période de l'après-guerre : les notions keynésiennes concernant le rôle de l'État dans l'économie et les retombées de la reconstruction engendrées par la transition de l'État guerrier à l'État providence dans l'ensemble du monde industrialisé. Cette tendance a été encouragée au Canada par les sociaux-démocrates de gauche et de centre-gauche qui insistaient sur le fait que les soins de santé étaient un bien public, que les gouvernements avaient l'obligation d'assurer une couverture universelle et un accès équitable, et que le rôle du gouvernement fédéral (central) dans le domaine de la politique de santé était celui de protecteur du « droit » aux soins de santé. Le fédéralisme a été l'instrument qui a véhiculé ces notions même si, dans certains cas, l'impulsion sociale-démocrate était déjà évidente (le CCF-NPD en Saskatchewan) ou en voie de se renforcer (l'administration Lesage au Québec); dans d'autres cas (notamment en Alberta), les ressources du Trésor fédéral ont pu faire contrepoids aux idéologies contraires en offrant des solutions de rechange. Une notion supplémentaire était implicite dans la démarche du gouvernement libéral fédéral : les prestations sociales, y compris les prestations en matière de santé, contribuaient à l'équité régionale au Canada et elles étaient le reflet d'une « citoyenneté canadienne commune » (Banting, 1998).

En insistant sur ces conditions et sur la transférabilité des prestations pour tous les Canadiens, le gouvernement fédéral tentait d'éviter que se développe une mosaïque de programmes d'assurance-santé. L'objectif visé n'était donc pas d'imposer l'uniformité d'une province à l'autre, puisque les régimes provinciaux affichaient une certaine diversification, mais plutôt de s'assurer que les provinces appliquent les mêmes « règles du jeu » et que l'argent des contribuables canadiens serve au financement de systèmes d'assurance publics capables de garantir une certaine « égalité » des droits sociaux à tous les Canadiens, peu importe leur province de résidence.

Question 2

Comment le rôle du gouvernement fédéral dans l'établissement de la politique des soins de santé a-t-il évolué au cours des 30 dernières années? Les changements observés dans ce rôle ont-ils été compatibles avec les changements apportés au partage des coûts et aux autres accords financiers?

Diagnostic

- Le rôle du gouvernement fédéral dans l'établissement de la politique des soins de santé est devenu rapidement plus *unilatéral* au niveau des processus et moins *efficace* dans la pratique.
- Les changements observés dans le rôle du gouvernement fédéral sont compatibles avec la tendance générale vers une réorganisation des *accords financiers* d'une façon décentralisée (dans le contexte du remplacement du partage direct des coûts par des subventions globales) mais, contrairement aux autres champs de politiques, cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une dévolution de l'*espace politique* dans le domaine des soins de santé.

Analyse

Accords financiers conclus au cours des années 70

Le bref historique présenté ci-dessus met en relief le rôle initial du gouvernement fédéral dans la politique de santé : celui de catalyseur, de rassembleur et de négociateur dans le contexte de la coopération fédérale-provinciale dans le secteur des soins de santé. Le gouvernement fédéral a utilisé son pouvoir de dépenser comme stimulant financier pour assurer la diffusion à la grandeur du pays du modèle de soins de santé financés par les deniers publics, en fournissant des munitions à ceux qui appuyaient le projet et une incitation à ceux qui ne le soutenaient pas. Il a agi en dépit de l'opposition d'intérêts puissants (y compris les compagnies d'assurance, les milieux d'affaires et la profession médicale), de plusieurs dirigeants provinciaux et d'objections au sein même du Cabinet. En d'autres termes, le gouvernement fédéral a fait preuve d'une volonté politique considérable pour promouvoir un modèle progressif (d'inspiration sociale-démocrate ou de centre-gauche) d'assurance publique des soins médicaux et hospitaliers.

Pourquoi le gouvernement fédéral tenait-il à s'engager de cette façon? Il est vrai que la popularité d'un tel régime public d'assurance était relativement élevée, mais les sondages réalisés au cours des années 50 et 60 indiquaient que les Canadiens étaient encore divisés sur la question de l'assurance privée par rapport à l'assurance publique. Le « consensus » allait se former plus tard, en partie à cause du succès initial des programmes publics des provinces. Dans les faits, le gouvernement fédéral considérait l'assurance-santé comme un avantage social important et il était conscient que toutes les provinces n'avaient pas les moyens financiers de soutenir un tel programme. En optant pour le modèle public, le gouvernement fédéral s'inspirait

des recommandations de la Commission Hall et de l'expérience de la Saskatchewan, et il prêtait une oreille attentive aux éléments progressistes au sein même du Parlement.

Durant une période d'expansion relative sur le plan budgétaire, les avantages politiques pour le gouvernement fédéral étaient considérables : il pouvait « s'attribuer le mérite » de ce qui allait devenir un avantage collectif de plus en plus populaire. Toutefois, devant des contraintes financières de plus en plus fortes et le potentiel inflationniste d'accords de financement à formule non limitative, le rôle du gouvernement fédéral est devenu plus difficile à soutenir. Il a donc entrepris de se désengager en partie de cette obligation, tout en « évitant d'en assumer le blâme » – une stratégie politique souvent plus facile à suivre dans les systèmes fédéraux que dans d'autres types de régime (Weaver, 1996). Des tensions financières entre le gouvernement fédéral et les provinces concernant les programmes sociaux ont commencé à se manifester presque immédiatement, dans le contexte récessionniste des finances publiques du début des années 70. Après l'exercice de révision de la sécurité sociale entre 1973 et 1976 (qui s'est déroulé en consultation avec les provinces), le gouvernement fédéral a modifié la formule des transferts financiers. En 1977, l'accord de partage des coûts a été remplacé par une nouvelle formule de transferts financiers en espèces et de points d'impôt dans la cadre de l'accord sur le Financement des programmes établis (FPE) pour les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. Manifestement, cet accord a eu pour effet d'atténuer la surveillance fédérale (fin des vérifications fédérales pour déterminer les frais à partager) et d'accorder aux provinces plus de souplesse dans l'établissement de leurs priorités de dépenses. Mais cette évolution signifiait aussi que les provinces étaient désormais seules responsables des hausses des dépenses en soins de santé et de la répartition des transferts financiers obtenus en vertu du FPE entre les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. En refermant le robinet du financement des soins de santé, le gouvernement fédéral accordait aux provinces une latitude considérable sur la façon de dépenser les sommes reçues, mais il se privait aussi d'un moyen efficace de voir ce qu'elles faisaient de ces sommes et de la visibilité politique liée à sa contribution financière aux soins de santé. L'accord sur le FPE ne comportait aucune condition précise rattachée au fonctionnement du système; les « règles » existantes découlant des lois sur l'assurance des soins médicaux et hospitaliers demeuraient théoriquement en vigueur et applicables à la portion « en espèces » du transfert global (Smith, 1995). La commission d'enquête dirigée par Emmett Hall en 1979-1980 a conclu que les provinces utilisaient les contributions fédérales pour les besoins des soins de santé, mais que le fait de permettre la surfacturation et l'imposition de frais d'utilisation nuisait à la viabilité à long terme de l'assurance-santé publique (le rapport de la Commission royale Hall publié en 1963 était parvenu à la même conclusion) (Taylor, 1991).

La Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) de 1984 répondait à ces préoccupations et constituait un effort politique de la part du gouvernement fédéral en vue de regagner une certaine visibilité dans le domaine de la politique de la santé. Elle a été contestée par les provinces pour deux raisons. Essentiellement, la nouvelle législation constituait une intégration des lois fédérales existantes sur l'assurance des soins médicaux et hospitaliers, elle instituait un mécanisme permettant au gouvernement fédéral d'imposer unilatéralement des pénalités financières aux provinces et elle reformulait les conditions existantes selon cinq principes : universalité de la

protection, intégralité des services, transférabilité des prestations, gestion publique et égalité d'accès aux soins « selon des modalités uniformes ». Cette disposition était nouvelle et elle visait explicitement à interdire la surfacturation et la perception de droits d'utilisation par l'intermédiaire du mécanisme de la réduction des transferts en espèces. Parmi ces principes généraux, les quatre premiers existaient dans la législation antérieure, mais la LCS insistait sur le fait que l'« objectif premier » de la participation du gouvernement fédéral dans la politique de santé était de « faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ». De plus, pour la première fois, le gouvernement fédéral demandait aux provinces de reconnaître son apport dans le domaine des soins de santé : l'article 13 de la LCS précise cette condition en enjoignant les gouvernements provinciaux « de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province » (Canada, 1985).

Même si la portée juridique de la LCS se limite exclusivement aux transferts en espèces que le gouvernement fédéral est disposé à verser, sa portée symbolique est beaucoup plus vaste. La Loi permet au gouvernement fédéral d'élargir son espace politique dans le domaine des soins de santé en définissant son rôle dans un système de santé « canadien » comme une intervention dont l'incidence globale est supérieure à la somme de ses composantes. Par l'intermédiaire de la LCS, le gouvernement fédéral est parvenu à institutionnaliser sa présence dans la politique de la santé. Et, comme « les politiques permettent de façonner la politique » (Pierson, 1993), la LCS a contribué à façonner l'échiquier politique dans le secteur des soins de santé en établissant les frontières de la réforme de la santé. La présence de la LCS a fait en sorte que le gouvernement fédéral devienne « une figure incontournable » dans l'esprit des citoyens, le porte-étendard et défenseur des soins de santé auprès des Canadiens, au même titre que l'État s'« intègre » à la vie de la société par ses décisions passées en matière de politiques (Cairns, 1986).

La portée de cette loi dépasse de beaucoup l'esprit de la législation de 1957 et de 1966. Comme en 1966, le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral a été utilisé comme stimulant financier pour renforcer le régime public d'assurance-santé. Mais, contrairement à 1966, le processus qui a rendu possible cette législation a été largement critiqué. Les gouvernements provinciaux n'ont pas été invités à participer à cette démarche et la Loi ne renferme aucun mécanisme de résolution des différends qui permettrait un apport des provinces. Le mécanisme qui régit ce processus fonctionne, en théorie, d'une façon bilatérale; mais en pratique, il ressemble davantage à un processus unilatéral où le gouvernement fédéral prend les décisions. Chaque province est tenue de présenter un rapport annuel, y compris un énoncé financier précisant de quelle façon le régime de soins de santé se conforme aux principes de la LCS. Aux termes de l'article 14 de la LCS, si le ministre fédéral de la Santé juge qu'un régime provincial de soins de santé « ne satisfait pas ou plus à l'un ou l'autre des critères », il a le pouvoir d'en aviser le Cabinet et d'ordonner au ministère des Finances de faire des retenues sur les paiements de transfert. Il existe un mécanisme de consultation permettant au ministre d'aviser la province et d'accorder un délai pour tenir des discussions, mais il est le seul habilité à prendre la décision finale d'appliquer des sanctions. Dans certains cas, les gouvernements provinciaux ont consulté le gouvernement fédéral avant d'adopter certaines pratiques, pour ensuite les modifier de façon volontaire afin éviter les pénalités financières. Peu importe qu'il y ait différend ou non, le ministre fédéral de la Santé est perçu comme « juge et jury » par les provinces (Conseil des ministres sur la réforme et la refonte des politiques sociales, 1995).

Les accords financiers et l'Union sociale

La LCS est un exemple du rôle fédéral dans l'*établissement* de la politique des soins de santé, mais elle a été promulguée au moment même où le gouvernement fédéral entreprenait de se *désengager* en partie de ses responsabilités financières. En d'autres termes, le gouvernement fédéral tentait de « réaffirmer le pouvoir fédéral » tout en transférant une partie des responsabilités financières aux provinces (Hawkes et Pollard, 1984). À compter de 1984, l'engagement financier du gouvernement fédéral envers les programmes sociaux des provinces a diminué de façon continue, en imposant d'abord des limites aux paiements versés en vertu du FPE puis en remplaçant, en 1996, la contribution fédérale par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Même dans le contexte de la crise financière qui sévissait à l'époque, cette stratégie était une tentative singulièrement audacieuse d'infléchir la réforme sociale. Tout comme au milieu des années 70, cette décision a été prise au milieu d'une récession économique et dans la foulée d'une révision non concluante des programmes de sécurité sociale. Mais, contrairement aux épisodes précédents, les provinces ont été peu consultées ou même averties à l'avance des mesures prévues dans le discours du budget de 1995. Cette façon de faire a été perçue comme un geste unilatéral posé sans la participation des provinces et elle a été largement décriée par celles-ci qui tentaient de combler leurs propres déficits financiers durant les années 90. Le gouvernement fédéral entendait-il utiliser le TCSPS pour déterminer la politique en matière de santé? Il est possible que les provinces aient interprété ce geste comme un signal de mettre de l'ordre dans leurs affaires financières et de contrôler les coûts des soins de santé mais, pour plusieurs provinces, l'« onde de choc » produite par ce changement a eu un effet déstabilisateur sur leur système de santé. Dans l'ensemble, à compter du milieu des années 80 jusqu'au milieu des années 90, le manque de transparence financière a permis au gouvernement fédéral de s'attribuer le mérite d'être le « défenseur » d'une politique sociale populaire (une « vache sacrée », pour reprendre les mots du premier ministre Mulroney), tout en évitant d'être blâmé pour les coûts des rajustements apportés aux paiements et à la prestation des soins de santé dans les provinces.

Techniquement, le gouvernement fédéral peut utiliser son pouvoir de dépenser comme il l'entend. Pour plusieurs, la question fondamentale est la suivante : Le gouvernement fédéral peut-il continuer de récolter les fruits de sa présence dans les soins de santé, tout en réduisant sa responsabilité de contribuer aux coûts associés au maintien d'un système de soins de santé dans les provinces? En d'autres termes, est-il acceptable que le gouvernement fédéral établisse une politique (en finançant les frais de son lancement par l'intermédiaire d'une formule de partage des coûts), et suppose ensuite que les provinces développeront les moyens financiers nécessaires pour soutenir ces coûteux programmes? Pour d'autres, la question est de savoir si les décisions budgétaires n'ont pas contribué de fait à compromettre l'aptitude du gouvernement fédéral à instaurer des politiques en réduisant sa capacité de faire respecter les normes existantes de la *Loi canadienne sur la santé* (Banting, 1995).

Une situation de conflits intergouvernementaux est généralement la norme dans les domaines qui mettent en cause la répartition – et la redistribution – de ressources financières, mais le ressentiment des gouvernements provinciaux s'est accentué au cours des années 90. Une perception d'intransigeance de la part des autorités fédérales et les changements unilatéraux imposés par le biais du TCSPS, les prises de position idéologiques des gouvernements conservateurs activistes en Ontario et en Alberta, les retombées de la politique « mégaconstitutionnelle » qui a permis à des premiers ministres provinciaux d'acquérir la stature de leaders politiques et la « crise de l'unité nationale » engendrée par le référendum sur la souveraineté au Québec sont autant d'éléments qui semblent avoir joué en faveur d'un changement dans les affaires intergouvernementales, en légitimant, en quelque sorte, la recherche d'une autonomie provinciale. Durant cette période, le gouvernement fédéral et les provinces semblent s'être engagés dans des voies parallèles en matière de réforme de la santé, en abandonnant le modèle coopératif du passé. Une bonne partie de cette tension est liée au rôle exclusif que le gouvernement fédéral s'est donné d'occuper le « haut du pavé » dans le débat public, tandis que les provinces sont de plus en plus assiégées par les problèmes qui surgissent quotidiennement « sur le terrain » dans le secteur des soins de santé.

Le refus des provinces de participer au Forum national sur la santé (FNS) est révélateur de la tension considérable qui existait entre les niveaux de gouvernement en matière de politique de la santé. Le FNS a fait lui-même observer que, bien que le gouvernement fédéral soit tenu d'assurer l'intégrité du système canadien de santé, la coopération entre les niveaux de gouvernement devrait être plus institutionnalisée, tandis que le gouvernement fédéral devait cesser d'imposer des réformes aux provinces (Forum national sur la santé, 1997). C'est en partie la perception d'un recours à des tactiques de diversion par le gouvernement fédéral dans le secteur de la politique sociale qui a incité les dirigeants provinciaux (y compris ceux du Québec) à examiner la possibilité de forger une nouvelle « union sociale » interprovinciale. Le rapport du Conseil ministériel aux premiers ministres de 1995 faisait écho aux préoccupations soulevées par les mesures unilatérales du gouvernement fédéral et il recommandait la tenue d'un débat fédéral-provincial pour définir la *Loi canadienne sur la santé*, des consultations fédérales-provinciales pour interpréter la LCS et résoudre les différends au sujet de son interprétation, ainsi que l'établissement d'une base de financement prévisible pour les soins de santé au moyen d'une garantie à l'effet que les coupures dans les transferts aux provinces ne devraient pas dépasser celles appliquées aux dépenses fédérales. Lors de la conférence des premiers ministres de 1996, un Conseil provincial-territorial du renouvellement de la politique sociale a été créé avec pour mandat d'examiner les moyens par lesquels les provinces pourraient participer davantage à l'établissement des normes et comment l'on pourrait mettre fin à l'« unilatéralisme fédéral ». Le rapport du Conseil de 1997 insistait sur la nécessité d'un apport des provinces à la détermination et à l'application de principes « communs », l'établissement de règles de procédure de base en matière de coopération intergouvernementale, ainsi que l'élaboration de nouveaux mécanismes conjoints de résolution des différends. Les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé (à l'exception de celui du Québec) ont signé un document de « Vision » en janvier 1997, dans lequel ils notaient qu'un partenariat efficace entre le gouvernement fédéral et les provinces comporterait « des transferts en espèces suffisants, prévisibles et stables » et de nouveaux mécanismes structurés pour assurer une plus grande transparence et moins d'ambiguïté en matière de règlement des différends. À la conférence d'août 1998 à Saskatoon, il est apparu que les provinces (encore une fois sans le Québec) étaient parvenues à une entente historique sur

la façon d'adapter les processus intergouvernementaux pour tenir compte des intérêts et des besoins des provinces (voir la chronologie dans Stilborn et Asselin, 2001).

Au cours de ce processus remarquable, les provinces ont démontré qu'il pouvait y avoir une base de coopération sans la présence d'un gouvernement fédéral au comportement « hégémonique » (un terme emprunté aux relations internationales) – une notion qui a une résonance particulière dans l'optique de la LCS (Maioni, 1999). Le gouvernement fédéral s'est finalement joint à ce processus avec la signature (sans le Québec) de l'Entente-cadre sur l'Union sociale (ECUS) en février 1999. Bien que de portée très vaste, les dispositions de l'ECUS étaient pertinentes pour la politique de la santé et elles visaient, dans une large mesure, à réduire certaines tensions intergouvernementales dans ce secteur. L'entente reconnaissait la nécessité d'une plus grande transparence et de consultations plus poussées dans l'élaboration des politiques au niveau intergouvernemental, y compris la résolution des différends. Le budget fédéral de 1999, dévoilé une semaine plus tard, renfermait un engagement d'accorder un financement stable aux provinces pour les soins de santé et prévoyait l'instauration de mesures visant à éliminer les disparités interprovinciales. Mais l'ECUS ne reflétait pas pleinement les processus interprovinciaux qui ont mené à son élaboration. L'entente de 1998, avec ses dispositions concernant la non-participation aux programmes fédéraux de dépenses sociales, n'a pas été intégrée à l'ECUS – une décision qui a coûté au processus l'appui du Québec et toute perspective de parvenir à délimiter les compétences dans le secteur des soins de santé (Noël, 2000). Bien sûr, l'ECUS n'a pu résoudre les problèmes, comme on a pu l'observer en août 1999 lors de la conférence des premiers ministres des provinces, qui s'est penchée sur la viabilité du financement des soins de santé, un thème qui a été repris l'année suivante lorsque ces derniers ont exprimé leurs préoccupations au sujet du « déséquilibre fiscal vertical » entre les provinces et le gouvernement fédéral qui bénéficiait d'un surplus budgétaire. Le financement accru annoncé dans le budget fédéral de 1999 et l'entente de septembre 2000 sur le financement des soins de santé a permis d'augmenter les transferts aux provinces par l'intermédiaire du TCSPS, mais les provinces ont continué d'exprimer leur inquiétude concernant leur capacité financière d'assumer des responsabilités croissantes pour la gestion des coûts des soins de santé.

Question 3

Quels objectifs du système de santé pourraient être favorisés par des changements aux rôles des niveaux supérieurs de gouvernement[2] au chapitre de l'élaboration, de la politique des soins de santé? Comment ces rôles devraient-ils être modifiés et quels accords financiers faudrait-il changer pour que cela se produise?

Diagnostic

- Il faut apporter des changements pour réduire au minimum les conflits destructeurs et le climat politique toxique qui empoisonnent les relations fédérales-provinciales : le gouvernement fédéral doit servir de catalyseur et non de chien de garde, tandis que les gouvernements provinciaux doivent assumer leurs responsabilités de faire des choix politiques dans le secteur des soins de santé.
- Les accords financiers devraient être conçus de manière à ce que les gouvernements provinciaux disposent d'une capacité financière durable pour s'acquitter de leurs responsabilités dans le domaine des soins de santé, tout en permettant au gouvernement fédéral de jouer un rôle complémentaire.

Analyse

Rôles des gouvernements

On peut soutenir qu'en termes comparatifs, le système canadien des soins de santé est l'un des plus décentralisés du monde industrialisé ou, du moins, des pays de régime fédéral (Banting et Corbett, 2001). Dans la plupart des autres pays industrialisés, les gouvernements, tant de type fédéral que de type centralisé ou unitaire, sont généralement responsables d'une certaine harmonisation financière et d'une forme de surveillance pour garantir des prestations sociales à leurs citoyens. Mais, dans la plupart de ces pays, il existe aussi, à divers degrés, un marché privé pour les soins de santé, y compris pour les services médicalement nécessaires. Les normes qui « lient » les systèmes provinciaux de soins de santé sont à la fois plus fragiles et plus robustes que celles des autres pays industrialisés : plus fragiles parce qu'elles s'appuient sur une législation fédérale qui fournit des incitations négatives; plus robustes au sens où elles ne laissent pas beaucoup de place à l'expérimentation avec des mécanismes de marché privé. Dans la plupart des régimes fédéraux, le rôle du gouvernement fédéral au chapitre de l'établissement de normes pour les soins de santé est mieux enchâssé, sur le plan tant constitutionnel qu'historique.

Néanmoins, il est manifeste que les provinces sont responsables en premier lieu de l'établissement de la politique de santé au Canada, en théorie et en pratique. La publication récente de plusieurs rapports de commissions provinciales d'enquête permet de confirmer que les provinces ont développé les moyens administratifs et les connaissances spécialisées nécessaires à la gestion efficace des systèmes de soins de santé. Il n'y a pas de doute que le gouvernement fédéral est plus actif dans le domaine des soins de santé qu'il ne l'était, il y a 40 ans – il s'est donné un rôle plus visible dans ce domaine – mais les gouvernements provinciaux occupent

aussi un espace devenu très vaste dans ce champ de politiques. Ils sont responsables du segment très coûteux de l'exécution des programmes et font face aux réalités quotidiennes sur le terrain qui les obligent à déterminer comment ils peuvent régler le plus efficacement possible les problèmes urgents d'organisation et de financement des services destinés à leurs citoyens. Compte tenu des pressions grandissantes que subit le système de santé – y compris les pressions démographiques, l'escalade des coûts dans le secteur des médicaments et les technologies nouvelles – il n'est pas étonnant que les gouvernements provinciaux s'inquiètent de leur capacité à long terme de payer pour les services de santé, notamment lorsqu'on les considère dans le contexte d'autres besoins pressants en éducation et dans les services sociaux.

La politique des soins de santé peut être établie par les gouvernements provinciaux et elle l'est de fait. Les systèmes provinciaux de soins de santé – et la protection qu'ils offrent aux résidants – sont gérés publiquement par les ministères provinciaux ou réglementés par leurs organismes publics. Chaque système de santé provincial est régi par une législation provinciale, non par une législation fédérale. Les provinces définissent les services médicalement nécessaires, elles négocient les barèmes d'honoraires à verser aux professionnels de la santé et elles établissent des « budgets globaux » pour les établissements de soins de santé. Une lecture rapide des lois provinciales sur la santé indique que, malgré certaines divergences au niveau de la protection, 100 p. 100 de la population admissible est assurée pour toutes les interventions médicalement nécessaires – et, jusqu'à ce jour, selon des modalités et des conditions semblables. Et toutes les réformes récentes – de la fermeture d'hôpitaux dans des grandes villes au Projet de loi 11 en Alberta – résultent de décisions provinciales pour lesquelles les gouvernements provinciaux sont redevables devant leurs électeurs.

Mais il ne s'ensuit pas nécessairement que le gouvernement fédéral doit ou devrait être silencieux dans le domaine de la politique de la santé. Les soins de santé constituent un domaine dont la facture est onéreuse dans l'optique des relations entre les citoyens et l'État, tant sur le plan de l'engagement important de ressources financières requises par ces services que sur celui de l'impact direct qu'ils exercent dans la vie des gens. Le gouvernement fédéral peut avoir un rôle important à jouer, *de concert avec les provinces*, en participant à la définition d'une vision à long terme pour baliser et déterminer les ressources nécessaires pour assurer la viabilité des systèmes de soins de santé au Canada. En d'autres termes, le système de santé peut globalement bénéficier d'une vision de la politique de la santé qui comprend un échange de points de vue et de réflexions. Le rôle le plus positif pour le gouvernement fédéral dans le secteur de la santé est celui de *catalyseur* (et non de chien de garde) pour que tous les Canadiens puissent avoir accès à des soins de santé à coût abordable dans chaque province. Le gouvernement fédéral peut aussi continuer d'investir dans son champ de compétence en matière de santé publique par le biais de la promotion de la santé de la population et des déterminants sociaux de la santé dans les réformes provinciales de la santé (voir, par exemple, Glouberman, 2001). Ainsi, plusieurs recommandations du rapport Clair au Québec sont fondées sur un modèle intégré de santé et de services sociaux, orienté explicitement vers la promotion de la santé et la continuité des soins.

Il ne s'ensuit pas nécessairement que le gouvernement fédéral peut « garantir » exactement la même prestation de soins de santé à chaque citoyen, parce que son rôle ne consiste pas à « microgérer » le système de santé. Dans les faits, le gouvernement fédéral ne peut pas être

l'arbitre dans les dossiers des patients individuels. Il ne s'ensuit pas non plus que la présence fédérale dans les soins de santé est synonyme de solutions « uniformes » dans les provinces. Mais il demeure que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'articulation et la promotion du droit à des soins de santé financés par les fonds publics. À cette fin, le gouvernement fédéral doit, en termes symboliques, être prêt à articuler et à défendre une vision cohérente et il doit, en termes pratiques, être disposé à offrir des incitations pour que cette vision se reflète dans les régimes provinciaux de santé. Le gouvernement fédéral peut retirer des avantages considérables de la dimension symbolique de son rôle mais, pour ce faire, il doit aussi être prêt à investir dans le produit.

Sur cette toile de fond, l'appel de l'Association médicale canadienne en faveur d'une charte de la santé est à la fois ironique et intéressant (*Globe & Mail*, 8 avril 2002). Cet appel fait écho, près de 40 ans plus tard, à la recommandation du rapport Hall de 1964 concernant l'adoption d'une « Charte de la santé pour les Canadiens » fondée sur des services de santé universels, complets et financés par l'État, une proposition qui fut vertement critiquée à l'époque par la profession médicale. Mais le message implicite selon lequel les soins de santé doivent avoir un caractère plus centralisé – le gouvernement fédéral doit en un sens « renforcer » son rôle dans l'établissement de la politique de santé – n'est peut-être pas le meilleur scénario pour opérer une réforme des soins de santé. Une bonne partie du discours qui entoure cette idée de charte laisse entendre que le gouvernement fédéral doit « protéger » les Canadiens face aux gouvernements provinciaux – un argument dangereux dans le contexte d'un dialogue démocratique, même s'il ne vise qu'un effet symbolique. En supposant que cette proposition ait une dimension pratique, l'autre question évidente est de savoir comment cette charte pourrait être mise en application. La *Loi canadienne sur la santé* ne prévoit pas un tel mécanisme, et on ne peut pas s'attendre non plus que le gouvernement fédéral, au 21^{e} siècle, applique des mesures punitives dans le domaine de la santé. Ainsi, dans l'Union européenne, la Charte des droits fondamentaux inclut le droit pour les gens d'avoir accès aux soins de santé aux conditions fixées par les législatures nationales, et la politique de santé demeure un domaine jalousement gardé par les États membres dans l'optique tant du financement que du contexte des décisions de réglementation.

Mécanismes de coopération et accords financiers en vigueur

Les questions fondamentales qui animent les débats concernant la coopération et les conflits dans le domaine des soins de santé sont les suivantes : Quel est le rôle de chaque ordre de gouvernement dans les soins de santé? Quelle est la responsabilité de chacun en ce qui concerne la santé personnelle des Canadiens? Les différends dans une société politique démocratique ne sont pas nécessairement une mauvaise chose et il faut s'attendre à des conflits dans le secteur des soins de santé, qui met en cause une redistribution des ressources et des risques (Evans, 1990). Mais des différends qui ont pour effet de paralyser le dialogue et de compromettre la confiance de la population ont, en définitive, des conséquences néfastes, non seulement pour la fédération mais aussi pour la qualité de vie de ses citoyens. Il est pour le moins abusif de transformer une question aussi vitale que les soins de santé en un ballon politique dans des manœuvres de diversion intergouvernementales, et il est encore plus répréhensible de le faire lorsqu'on songe que ce jeu met en cause la vie et le bien-être des gens, pour ne pas mentionner leurs impôts.

Il est curieux qu'une fédération décentralisée comme le Canada ne possède que peu de mécanismes de coopération intergouvernementale et de résolution de conflits dans le domaine de la politique de santé. De nombreux comités consultatifs intergouvernementaux sur la santé fonctionnent déjà à l'échelle des ministres, des sous-ministres et des gestionnaires. De plus, les ministres provinciaux de la Santé se rencontrent officiellement entre eux deux fois l'an, et avec leur homologue fédéral, après des rencontres de leurs sous-ministres, dans le contexte du « système » de conférences fédérales-provinciales-territoriales sur la santé. Ces échanges ont eu une incidence importante sur les politiques liées à certains programmes (comme le contrôle du tabagisme et les questions de réserves de sang) et groupes démographiques (comme la santé des femmes et des enfants), mais ces rencontres et ces comités intergouvernementaux ne sont pas devenus des forums propices au règlement des préoccupations vastes et urgentes soulevées par le financement et la restructuration des soins de santé (O'Reilly, 2001).

Ces dernières années, les conférences des premiers ministres ont été dominées par une guerre de mots entre les provinces et le gouvernement fédéral sur les conditions financières très serrées qui prévalent dans le secteur des soins de santé. Au cours des dernières années, le scénario a consisté à utiliser ces instances du « fédéralisme exécutif » pour publiciser les revendications et imputer le blâme, ce qui a envenimé les « querelles stériles » (Romanow, 2002) à distance pour les transformer en engueulades et menaces face-à-face.

Un mouvement s'est amorcé dans la foulée des recommandations de l'ECUS pour envisager la mise sur pied d'un groupe de médiation indépendant qui permettrait un apport provincial plus important en vue de résoudre les différends concernant l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* (Mahoney et Laghi, 2002). Mais la capacité de mettre en application la LCS, une législation fédérale, demeure entre les mains du gouvernement fédéral, de sorte que les décisions finales du groupe de médiation n'auraient pas force exécutoire. Cette initiative ne contribuerait pas non plus à résoudre le problème suscité par le fait que le Québec n'a pas signé l'ECUS. En somme, la résolution des différends par l'intermédiaire de l'ECUS ne représente que la pointe de l'iceberg en matière de conflits fédéraux-provinciaux dans le domaine des soins de santé.

En réalité, le point de mire que constitue la LCS en tant que source de mécontentement dans les débats sur les soins de santé contribue à détourner l'attention des besoins réels et urgents d'une réforme véritable du secteur des soins de santé dans toutes les provinces. Les critiques présentent la LCS comme l'obstacle à une réforme des soins de santé, tandis que ses partisans la considèrent comme un rempart contre l'assaut de la privatisation. Mais la LCS ne possède pas ces pouvoirs magiques. À son niveau le plus fondamental, elle offre un ensemble d'incitations négatives liées aux transferts financiers du gouvernement fédéral. L'incidence de ces pénalités a été minime jusqu'à ce jour, ce qui signifie qu'elles fonctionnent davantage comme un élément de dissuasion ou qu'il est préférable de jauger leur incidence sous l'angle de la « voie d'évitement politique » du ressentiment populaire (Stilman, 1997). Dans les faits, le principal architecte de la *Loi canadienne sur la santé* – l'ancienne ministre de la Santé, Monique Bégin – affirme que même si la LCS a contribué à enraciner l'assurance-santé publique dans le « psyché » des Canadiens, le moment est venu d'envisager une révision de cette loi pour s'attaquer aux problèmes de la modernisation des soins de santé et des obstacles en matière de gouvernance et de mise en œuvre d'une réforme de la santé, et de remédier au caractère « antagoniste et arbitraire » du processus d'application de la LCS (Bégin, 2002).

Le problème politique n'est pas tant relié à l'existence de la LCS qu'à la façon dont elle est employée pour orienter le débat politique autour de la réforme des soins de santé. De fait, les délibérations intergouvernementales sur les soins de santé ont été entravées par l'accent mis constamment sur une législation qui régit les programmes de transferts fiscaux, ce qui a rendu difficile, voire impossible, une réflexion cohérente sur les questions de gouvernance et de viabilité à long terme des soins de santé. Les politiciens fédéraux ont pris l'habitude de la brandir comme s'il s'agissait des « dix commandements », en utilisant l'argument financier pour intervenir dans un domaine de compétence provinciale, tandis que des politiciens provinciaux ont allégué qu'elle entravait la capacité de relever les enjeux véritables et de s'engager sur des voies de réforme novatrices. L'accent mis sur la LCS et ses effets « punitifs » – véritables ou imaginaires – ont contribué à créer un climat politique dysfonctionnel (certains diraient toxique) autour des soins de santé au Canada.

On peut soutenir que l'accent mis sur les services « médicalement nécessaires » a eu tendance à canaliser des ressources vers les soins actifs au détriment de la santé dans son ensemble, mais la LCS n'empêche pas les provinces de financer les soins à domicile ou de couvrir le coût des médicaments, par exemple. Les éléments dissuasifs de la LCS – en raison de l'accent qu'elle met sur la gestion publique et l'égalité d'accès – ont plutôt été orientés en bonne partie vers des solutions de remplacement du marché privé. L'enchevêtrement des conflits concernant le palier de gouvernement responsable du contrôle des coûts et la mesure dans laquelle les préférences du gouvernement fédéral peuvent faire obstruction aux choix des provinces en matière de politique de santé ont contribué à ouvrir l'espace politique en permettant à ces solutions de rechange de marquer des progrès sur le plan politique.

L'une des solutions envisagées pour corriger le déficit démocratique perçu dans les relations intergouvernementales (Simeon et Cameron, 2002) serait de favoriser une plus grande « mobilisation des citoyens » – un processus par lequel les gouvernements encouragent les citoyens à participer à l'élaboration des politiques (Abele et coll., 1998). L'ECUS fait notamment référence à la participation des Canadiens à « l'élaboration des priorités sociales » par l'intermédiaire d'une mobilisation des citoyens. Les allusions récentes à la participation des citoyens au système de santé au niveau de la « surveillance » de l'application de la *Loi canadienne sur la santé* ne s'inscrit pas exactement dans le même ordre d'idée. La participation des citoyens ne devrait pas non plus servir de stratagème pour se soustraire davantage à la responsabilité de faire des « choix difficiles » – qui incombe en bout de ligne aux décideurs du secteur public (Lomas, 1997). Le recours par la Commission Romanow à un processus de recherche consultative pour « dialoguer avec les citoyens » pourrait ouvrir une nouvelle piste de mobilisation des citoyens en demandant aux participants d'envisager et d'étudier des scénarios de changement concrets. Pour que ces pratiques soient véritablement efficaces, il faudra toutefois qu'elles s'accompagnent de dialogues correspondants entre les responsables gouvernementaux; ces dialogues ne devraient pas se limiter à des enjeux précis (comme dans le cas du système de conférences fédérales-provinciales-territoriales) ni ne devraient devenir des monologues sur le thème de l'argent et des pouvoirs.

La Commission Séguin, mise sur pied par le gouvernement du Québec pour étudier le déséquilibre fiscal entre les surplus du gouvernement fédéral et les besoins budgétaires pressants des provinces, a recommandé une réforme plus draconienne : régler à sa source même le conflit

intergouvernemental en accordant aux provinces un espace fiscal pour remplacer les transferts conditionnels en espèces du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Selon ce scénario, la controverse entourant le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral perdrait tout intérêt pratique dans le secteur des soins de santé, si l'on donnait aux provinces une capacité fiscale élargie pour établir leurs propres priorités en matière de politique de santé. Le rapport fait une critique cinglante de la négligence du gouvernement fédéral à l'égard des besoins financiers des provinces, mais il tranche le débat sur les rôles et les responsabilités en proposant que les provinces aient l'exclusivité des politiques dans le domaine de la santé. Bien que cela soit moins pertinent pour le gouvernement du Québec, une version antérieure de ces arguments, employée par l'Ontario, affirmait que l'on pourrait sauvegarder l'union sociale en remplaçant le rôle de « chien de garde » d'Ottawa par un « accord » interprovincial (Courchene, 1996). Mais il est loin d'être sûr que les gouvernements provinciaux, avec des priorités politiques et des passés idéologiques différents, fondés sur des conditions économiques et sociales distinctes, réussissent à partager des normes semblables en matière de soins de santé en l'absence d'incitations.

En dépit des innombrables querelles financières entre le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des soins de santé, les luttes politiques dans ce domaine n'ont jamais porté *exclusivement* sur des questions financières. Au cours des soixante dernières années, les divergences répétées entre le gouvernement fédéral et certaines provinces ont englobé des luttes idéologiques concernant l'assurance publique et universelle par rapport à l'assurance privée et facultative (historiquement, la préférence des gouvernements « fiscalement » conservateurs des provinces « mieux nanties », comme l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique). L'espace politique contesté de la politique de santé est souvent relié à des débats sur le *type* de système de soins de santé à privilégier et, de façon plus générale, sur le rôle de l'*État* dans les soins de santé. Les tentatives de contrôle des dépenses publiques dans le secteur de la santé et l'escalade subséquente du conflit intergouvernemental sur cette question ont donné l'occasion à des intervenants politiques et sociaux qui préconisent une intervention moins poussée de l'État de remettre en question la légitimité des normes fédérales et de justifier les initiatives visant à examiner d'autres options de financement des soins de santé.

Les provinces ont servi de laboratoires pour l'innovation dans le passé et elles continuent de remplir cette fonction à l'heure actuelle. Mais, ce n'est plus une province relativement moins nantie dirigée par un gouvernement social-démocrate, comme la Saskatchewan, ni un gouvernement qui cherche à faire entrer l'État dans la modernité, comme le Québec, qui sont à l'avant-garde des changements dans les soins de santé. Il n'est pas superflu de souligner que les solutions les plus novatrices proposées à l'heure actuelle au Canada émanent de provinces « mieux nanties » dirigées par des gouvernements fiscalement plus conservateurs, dont les programmes de réforme de la santé visent une plus grande flexibilité du modèle public. En d'autres termes, les gouvernements provinciaux qui s'expriment le plus énergiquement sur les changements à apporter au partage fiscal et au rôle du gouvernement fédéral sont ceux qui sont les moins touchés par son resserrement des cordons de la bourse fiscale. L'exception est le Québec, où le gouvernement actuel nourrit moins de griefs idéologiques à l'égard du modèle public (solidarité et égalité, non pas vitesse et qualité, sont les mots d'ordre du rapport de la Commission Clair) et affiche un penchant constitutionnel envers une plus grande souveraineté pour les politiques dans le domaine de la santé. Dans le cas du Québec, la question des compétences domine le débat : la mesure dans laquelle les provinces peuvent opter pour ne pas

participer à des ententes fédérales-provinciales sur le partage des coûts en échange d'une compensation financière, et la mesure dans laquelle un « déséquilibre fiscal » entre le gouvernement fédéral et les provinces menace l'aptitude des provinces à offrir des services optimaux à leurs résidants en matière de santé et de services sociaux.

Question 4

Qu'est-ce qui fonctionne le mieux[3] *– une compétence partagée et une coopération au niveau des rôles à assumer, ou une attribution précise des rôles à l'un ou l'autre des ordres de gouvernement?*

Diagnostic

- Les rôles des deux ordres de gouvernement sont suffisamment bien définis, mais ce qui est moins clair, ce sont les responsabilités qui se rattachent à chacun.
- Il y a deux « légendes » concurrentes sur les soins de santé au Canada, tout aussi trompeuse l'une que l'autre : i) il n'y a qu'un seul « régime national d'assurance-santé » au Canada; ii) les soins de santé sont une question de compétence purement provinciale et le gouvernement fédéral n'y a aucun rôle à jouer.

Analyse

Le fédéralisme est un régime politique où le pouvoir est réparti par la Constitution entre les ordres de gouvernement et où ces derniers ont une incidence sur la vie économique et sociale des citoyens (Smiley, 1987). Dans un monde idéal et exempt de friction, on peut affirmer que le fédéralisme est un système de compartiments étanches où chaque ordre de gouvernement assume ses propres compétences. Mais le monde concret de la politique canadienne n'est pas épargné par la confusion. À vrai dire, on s'entend davantage sur la répartition des *rôles* dans le domaine des soins de santé que sur celle des *responsabilités*. À qui revient-il de rendre des comptes? À qui revient la tâche d'assurer la viabilité du système de soins de santé?

Il existe au moins deux légendes trompeuses sur le fédéralisme et les soins de santé au Canada. Selon la première, il existe un « régime national d'assurance-santé » ou un système d'« assurance-soins médicaux » au Canada. Dans les deux cas, cette terminologie est importée des États-Unis et elle fait référence aux débats historiques et courants dans ce pays sur l'extension universelle de la couverture des services de santé au moyen d'une législation fédérale et du programme d'assurance-maladie pour les personnes âgées, financé et géré par le gouvernement fédéral. Au Canada, le gouvernement fédéral ne remplit manifestement pas ce rôle; il n'existe pas de « système canadien » de soins de santé; nous avons plutôt des systèmes de soins de santé réglementés par les provinces et financés par des fonds publics, avec une contribution financière du gouvernement fédéral liée au maintien de certaines normes de compatibilité entre les provinces. En ce sens, on peut considérer le modèle « canadien » de soins de santé comme une mosaïque de dix régimes provinciaux et de trois régimes territoriaux d'assurance-santé, qui se ressemblent par l'adhésion à certaines « normes ». Il s'agit de normes de comportement qui reflètent un certain code de conduite mais, pour être opérantes, ces normes doivent être imposées d'une façon quelconque : officiellement, dans un rapport de pouvoir où un intervenant ou un ensemble d'intervenants peut appliquer des mesures de représailles ou, officieusement, par des moyens non obligatoires mais évoquant un certain type de sanctions. Il est difficile de juger, à l'heure actuelle, de la mesure dans laquelle les principes de la

Loi canadienne sur la santé sont des normes auxquelles les gouvernements provinciaux, les prestateurs de soins de santé et même les citoyens souscriraient dans des conditions différentes de celles qui prévalent.

Selon la deuxième « légende », les soins de santé sont une affaire purement provinciale où le gouvernement fédéral n'a aucun rôle à jouer. Les soins de santé sont devenus l'un des principaux symboles de la participation de l'État moderne à la vie sociale, consistant à « protéger » le bien-être des citoyens. La participation aux soins de santé représente essentiellement une façon par laquelle l'État peut contribuer à établir les frontières du consensus social. Cela contribue en retour à légitimer le rôle de l'État dans la vie économique et sociale des citoyens. Donc, les arguments contre l'« ingérence » fédérale repose sur des hypothèses touchant à l'autonomie en matière de compétence – quel niveau de gouvernement devrait être responsable – (selon les voix qui se font entendre au Québec) ou aux limites de l'intervention de l'État dans la vie des citoyens – l'État devrait-il avoir cette responsabilité au départ – (selon le discours des gouvernements conservateurs et néo-libéraux).

Dans les *Federalist Papers*, James Madison a fait valoir que les intérêts « généraux » devraient être confiés au gouvernement central, tandis que les intérêts « particuliers » demeureraient la prérogative des gouvernements sous-nationaux ou locaux. La véritable question que soulève cette dichotomie est de savoir si les soins de santé peuvent être considérés comme étant du ressort des gouvernements provinciaux ou s'ils doivent être intégrés à une vision plus large de l'intérêt public. Si les soins de santé font partie de l'intérêt général, le gouvernement fédéral a alors un rôle à jouer – mais il a aussi une responsabilité – pour s'assurer que ces services soient disponibles pour ses citoyens. La politique de santé impose une énorme responsabilité à l'État moderne, une responsabilité que plusieurs gouvernements trouvent difficile à assumer. L'élaboration de systèmes de soins de santé provinciaux à caractère public et universel n'aurait pas été possible au Canada sans la participation du gouvernement fédéral. De même, le modèle actuel n'est pas viable – politiquement et financièrement – sans la participation du fédéral, tant sur le plan de sa capacité fiscale que sur celui du recours aux leviers fiscaux pour promouvoir le modèle public. Manifestement, les provinces n'ont pas prévu que le gouvernement fédéral ne ferait que couvrir les coûts de lancement de cette entreprise gigantesque; elles escomptaient plutôt un engagement soutenu de sa part à l'égard de ces coûteux programmes.

Si l'objectif ultime du secteur des soins de santé est de maintenir son statut de bien public, il serait alors plus avantageux pour le gouvernement fédéral de s'efforcer de favoriser un consensus au lieu de mettre l'accent sur l'application des règles. Cette tâche consiste en partie à évaluer des solutions de rechange et de proposer des limites à ce qui est réalisable et souhaitable dans la réforme des soins de santé. Dans quelles conditions le gouvernement fédéral peut-il encourager des innovations qui ne sont pas tout à fait en contradiction avec les principes fondamentaux du modèle public? Dans quelle mesure un échange d'information plus structuré est-il nécessaire pour identifier, évaluer – et peut-être même diffuser – les recommandations émanant des commissions d'enquête provinciales, de nouveaux modèles de prestation ou d'initiatives d'expérimentation comme les soins intégrés au Québec, ou de systèmes de soins de santé en Europe et ailleurs? Les preuves montrant que les systèmes de soins de santé publics parviennent à offrir de meilleurs services et à mieux contrôler les coûts, et que les systèmes de

soins de santé axés sur la prévention et les soins intégrés réussissent mieux à maintenir la population en santé sont relativement abondantes. S'il veut conserver un rôle pertinent en matière de politique de la santé, le gouvernement fédéral devrait s'employer à évaluer les preuves disponibles afin de proposer des balises et des repères et d'aider à développer la capacité nécessaire pour opérer une véritable réforme de la santé. À cette fin, une dose de « bonne volonté politique » (à défaut d'une meilleure expression) est requise pour réorienter le dialogue fédéral-provincial sur les soins de santé.

Question 5

Quels rôles faudrait-il considérer pour les autres ordres de gouvernement (municipalités, régies régionales de la santé)? Quels objectifs les changements proposés devraient-ils atteindre?

Diagnostic

- Dans la plupart des provinces, les régies régionales de la santé jouissent d'un pouvoir décisionnel considérable au chapitre de la répartition, de l'organisation et du financement des soins de santé.
- Décentralisation et soins de santé ne sont compatibles que dans la mesure où un équilibre peut être atteint entre la prise de décision et l'obligation de rendre compte.

Analyse

La plupart des provinces ont procédé à une décentralisation de la répartition des ressources dans le domaine des soins de santé en créant des conseils régionaux de la santé (certains sont élus, d'autres nommés, et d'autres encore combinent les deux formules). Ces initiatives visent à transférer des pouvoirs des ministères provinciaux de la santé à des organismes régionaux ou locaux disposant d'une certaine latitude dans la répartition des ressources consacrées aux soins de santé. Ce processus vise aussi à encourager un financement axé sur la population et l'adoption d'autres mesures favorisant une répartition efficiente des ressources, comme celle d'assurer un niveau optimal de ressources dans une région donnée (Dorland et Davis,1966). Presque toutes les provinces ont procédé à cette régionalisation en créant ou en réorganisant des conseils régionaux ou locaux de la santé, mais ces initiatives n'ont pas réussi à améliorer l'efficience. Le problème s'explique en partie par le fait que ces conseils ne sont pas toujours habilités à prendre des décisions importantes, comme celles portant sur les honoraires des médecins ou l'utilisation des médicaments. On s'est interrogé sur le genre de décisions que ces conseils sont en mesure de prendre : sous l'angle de la représentation et de la responsabilité dans le cas des membres non élus et sous l'angle des connaissances spécialisées dans le cas des membres élus. En pratique, l'influence des professionnels sur les conseils l'emporte souvent sur celle des représentants de la collectivité. De plus, les gouvernements provinciaux ont envisagé aussi ces initiatives comme des mesures d'« habilitation des collectivités » destinées à mobiliser l'appui de la population à la réforme des soins de santé et l'« endiguement des conflits » dans le contexte des dépenses du secteur public et de leurs répercussions (Lomas et coll., 1997). De fait, la plupart des conseils régionaux ont été mis sur pied ou ont commencé à fonctionner au milieu des années 90, au moment où les gouvernements provinciaux ont du procéder à des sérieuses compressions des dépenses dans le secteur de la santé.

En théorie, cette décentralisation a le potentiel de « démocratiser » le secteur des soins de santé si les citoyens acceptent de participer au processus décisionnel concernant la prestation des services – y compris les questions de répartition et de rationalisation. Lorsque d'importantes

décisions sont prises au sujet de la prestation et de la consommation des soins de santé, les citoyens doivent alors en être informés, participer aux décisions et appuyer celles-ci au niveau de leur collectivité. Mais le fondement de l'« argument démocratique » à l'origine de la décentralisation – participation des citoyens à la prise de décision (Morone, 1990) – peut devenir une source de problèmes pour trois raisons : i) dans un contexte très spécifique, parce que la prestation et le financement des soins de santé font partie d'un système très complexe qu'il est difficile pour des non spécialistes de comprendre; ii) d'une façon plus générale, parce qu'une participation efficace reposant sur l'entrée de nouveaux intervenants dans le processus d'élaboration des politiques – qui risque de multiplier les sources de conflit et compliquer la recherche d'un consensus – ouvre une véritable boîte de Pandore; iii) sur un plan hypothétique, parce que les tentatives d'intégration peuvent mieux permettre aux gouvernements d'éviter le blâme et de se décharger de leurs responsabilités sur les citoyens.

Décentralisation et soins de santé ne sont compatibles que dans la mesure où il est possible d'atteindre un équilibre entre la prise de décision et la responsabilité. Les notions telles que la participation des citoyens et les conseils régionaux ne peuvent devenir des stratagèmes pour justifier des décisions autoritaires en matière de contrôle des coûts et de répartition des ressources rares. Une préoccupation encore plus répandue est que la dilution incessante de la prise de décision et des responsabilités risque de favoriser les intérêts locaux au détriment de ceux de la collectivité, à l'échelle provinciale ou même nationale (Maioni, 2001).

Notes

1. Cette section est basée sur le texte de Antonia Maioni, « Federalism and Health Care in Canada », paru dans *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, ouvrage publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, McGill-Queen's University Press, 2002. Certaines sections ultérieures de l'étude sont inspirées du texte intitulé « Health Care in the New Millennium », paru dans *Canadian Federalism: Performance, Effectiveness, and Legitimacy*, ouvrage publié sous la direction de Herman Bakvis et Grace Skogstad, Oxford University Press, Toronto, 2001.

2. Dans ce document, nous entendons par « niveaux supérieurs de gouvernement » les ordres de gouvernement qui ont une reconnaissance constitutionnelle au Canada, c'est-à-dire le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

3. La définition de l'expression « le mieux » n'est pas précisée – mais je prends pour acquis qu'elle désigne des résultats optimaux en matière d'accès aux soins de santé pour les Canadiens.

Bibliographie

Abele, Francis, Katherine Graham, Alex Ker, Antonia Maioni et Susan Phillips (1998), *Talking with Canadians: Citizen Engagement and the Social Union*, Conseil canadien de développement social, Ottawa.

Banting, Keith G. (1995), « Who R Us? », dans l'ouvrage publié sous la direction de Thomas Courchene, *The 1995 Budget: Retrospect and Prospect*, John Deutsch Institute for the Study of Economic Policy, Université Queen's, Kingston, p. 173-181.

Banting, Keith G. (1998), « The Past Speaks to the Future: Lessons from the Postwar Social Union », dans l'ouvrage publié sous la direction de Harvey Lazar, *The State of the Federation 1997: Non-Constitutional Renewal*, Institute of Intergovernmental Relations, Université Queen's, Kingston.

Banting, Keith G. et Stan Corbett (2002), « Health Policy and Federalism: An Introduction », dans l'ouvrage publié sous la direction de Banting et Corbett, *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, School of Policy Studies, Université Queen's, Kingston.

Bégin, Monique (2002), « Revisiting the Canada Health Act (1984): What are the Impediments to Change? », Série de conférences marquant le 30e anniversaire de l'Institut de recherche en politiques publiques, Ottawa, le 20 février.

Cairns, Alan C. (1986), « The Embedded State: State-Society Relations in Canada », dans l'ouvrage publié sous la direction de K. Banting, *State and Society: Canada in Comparative Perspective*, University of Toronto Press, Toronto, p. 53-86.

Canada, Forum national sur la santé (1997), *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Ottawa.

Canada, Lois révisées du Canada (1985), volume I, chapitre C-6, *Loi canadienne sur la santé*, Imprimeur de la Reine pour le Canada, Ottawa.

Canada, Commission royale d'enquête sur les services de santé (1984), *Rapport final : Volume I*, Imprimeur de la Reine, Ottawa.

Conférence des ministres provinciaux et territoriaux de la Santé (1997), *Vision renouvelée du régime de services de santé du Canada*, janvier.

Conseil de ministres sur la réforme et la refonte des politiques sociales (1995), *Rapport aux Premiers ministres*.

Courchene, Thomas J. (1996), « ACCESS: *A Convention on the Canadian Economic and Social Systems* », document de travail préparé pour le ministère des Affaires intergouvernementales, gouvernement de l'Ontario, Toronto, août.

Desruisseaux, Alain et Sarah Fortin (1999) « The Making of the Welfare State », dans *As I Recall/Si je me souviens bien*, publié par l'Institut de recherche en politiques publiques, IRPP, Montréal.

Dorland, John L. et S. Mathwin Davis (1996), *Regionalization and Decentralization in Health Care*, School of Policy Studies, Université Queen's, Kingston.

Evans, Robert G. (1990), « Tension, Compression, and Shear: Directions, Stresses, and Outcomes of Health Care Cost Control », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15, n° 4, p. 101-128.

Globe and Mail (2002), « Dr. Henry Haddad's welcome prescription », le 8 avril, p. A12.

Glouberman, Sholom (2001), *Towards a New Perspective on Health Policy*, Étude n° H|3, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.

Guest, Dennis (1997), *The Emergence of Social Security in Canada: Third Edition*, University of British Columbia Press, Vancouver.

Hawkes, David C. et Bruce G. Pollard (1984), « The Medicare Debate in Canada: The Politics of New Federalism », *Publius: The Journal of Federalism*, vol. 14, p. 183-198.

Lomas, Jonathan, John Woods et Gerry Veenstra (1997), « Devolving Authority for Health Care in Canada's Provinces: An Introduction to the Issues », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 156, n° 3, p. 371-377.

Lomas, Jonathan (1997), « Reluctant Rationers: Public Input to Health Care Priorities », *Journal of Health Services & Research Policy*, vol. 2, n° 2, p. 103-111.

Mahoney, Jil et Brian Laghi (2002), « Ottawa wants Medicare mediation panel », *Globe and Mail*, le 13 avril, p. A9.

Maioni, Antonia (1998), *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*, Princeton University Press, Princeton.

Maioni, Antonia (1999), « Decentralization in Health Policy: A Comment on the ACCESS Proposals », dans l'ouvrage préparé sous la direction de Robert Young, *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, Institute for Intergovernmental Relations, Université Queen's, Kingston, p. 97-121.

Maioni, Antonia (2001), « The Citizenship-Building Effects of Policies and Services in Canada's Universal Health Care Regime », Document de recherche n° F|17, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, septembre.

Mallory, James R. (1965), « The Five Faces of Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de P.-A. Crépeau et C. B. Macpherson, *The Future of Canadian Federalism*, University of Toronto Press, Toronto.

Morone, James A. (1990), *The Democratic Wish: Popular Participation and the Limits of American Government*, Basic Books, New York.

Naylor, C. David (1986), *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*, McGill-Queen's University Press, Montréal.

O'Reilly, Patricia (2001), « The Federal/Provincial/Territorial Health Conference System », dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Care in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal.

Pierson, Paul (1993), « When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change », *World Politics*, vol. 45, p. 595-628.

Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001), *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations* (www.cessss.gouv.qc.ca).

Québec, Commission sur le déséquilibre fiscal (2002), *Rapport de la Commission sur le déséquilibre fiscal et ses annexes* (www.desequilibrefiscal.gouv.qc.ca/en/document/publication.htm).

Robinson, Ian et Richard Simeon (1994), « The Dynamics of Canadian Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de Alain-G. Gagnon, *Canadian Politics, 2nd Edition*, Broadview Press, Peterborough.

Romanow, Roy (2002), *Notes d'allocution à l'Université McGill*, Institut d'études canadiennes de McGill, Montréal, le 15 février (www.healthcarecommission.ca).

Smiley, Donald V. (1962), « The Rowell-Sirois Report, Provincial Autonomy and Post-War Canadian Federalism », *Revue canadienne d'économique et de science politique*, vol. 28 n° 1, mars, p. 54-69.

Smith, Miriam (1995), « Medicare and Canadian Federalism », dans l'ouvrage publié sous la direction de François Rocher et Miriam Smith, *New Trends in Canadian Federalism*, Broadview Press, Peterborough.

Soderstrom, Lee (1978), *The Canadian Health System*, Croom Helm, Londres.

Stevenson, Garth (1985), « The Division of Powers », dans l'ouvrage publié sous la direction de Richard Simeon, *Division of Powers and Public Policy*, University of Toronto Press, Toronto, p. 71-123

Stilborn, Jack et Robert B. Asselin (2001), *Les relations fédérales-provinciales*, Division des affaires politiques et sociales, Bibliothèque du Parlement, Ottawa (93-10F).

Stilborn, Jack (1997), *Normes nationales et programmes sociaux : Que peut faire le gouvernement fédéral?*, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, Étude générale BP-379F, septembre.

Taylor, Malcolm G. (1987), *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes, 2nd edition*, McGill-Queen's University Press, Montréal.

Taylor, Malcolm G. (1991), *Insuring National Health Care: The Canadian Experience*, University of North Carolina Press, Chapel Hill.

Tuohy, Carolyn J. (1989), « Federalism and Canadian Health Care Policy », dans l'ouvrage publié sous la direction de W. Chandler et C. Zollner, *Challenges to Federalism: Policy-Making in Canada and the Federal Republic of Germany*, Institute of Intergovernmental Relations, Université Queen's, Kingston.

Weaver, R. Kent (1986), « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, vol. 6, novembre, p. 371-398.

Wheare, K.C. (1951), *Federal Government*, 2e édition, Oxford University Press, Londres.

Appendice : Principaux événements de l'histoire de la législation sur l'assurance-santé au Canada

Source : « Key Events », *Public Health Insurance Through History*, Virtual Exhibit, Institut d'études canadiennes de McGill (www.arts.mcgill.ca/programs/misc/)

1919 – Création du ministère de la Santé du Dominion (devenu en 1928 le ministère des Pensions et de la Santé nationale).

1928 – Le Comité permanent de la Chambre des communes sur les relations industrielles et internationales étudie l'assurance-maladie.

1932 – La B.C. Royal Commission on the State Health Insurance and Maternity Benefits recommande l'assurance-santé obligatoire pour les travailleurs à faible revenu.

1933 – L'Alberta met sur pied une deuxième commission d'enquête chargée d'examiner la question de l'instauration d'un régime provincial d'assurance-santé. La Winnipeg Medical Society déclenche une grève des médecins, sauf pour les soins essentiels.

1934 – L'Association médicale canadienne (AMC) appuie le principe de l'assurance-santé.

1935 – Le gouvernement de la Colombie-Britannique présente un projet de loi préliminaire aux membres de la législature provinciale qui vise la création d'un régime provincial d'assurance-santé.

1935 – Le gouvernement de l'Ontario signe un accord avec l'Ontario Medical Association en vue de subventionner les coûts des patients sur le secours direct; des régimes municipaux d'aide médicale sont aussi mis en œuvre dans certaines villes d'autres provinces.

1936 – La B.C. Health Insurance Act est adoptée (mais ne sera jamais mise en œuvre).

1939 – Initiatives d'assurance médicale facultative (Windsor Medical Services; Associated Medical Services à Toronto); établissement de la Manitoba Blue Cross.

1940 – Le rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces (rapport Rowell-Sirois) recommande le partage des frais de l'assurance-santé par le gouvernement fédéral pour assurer aux provinces la capacité fiscale nécessaire et maintenir des normes semblables à la grandeur du Canada.

1942 – Le Comité consultatif interministériel sur l'assurance-santé, mis sur pied par le ministre Ian Mackenzie et présidé par J. J. Heagerty, présente un projet de loi sur l'assurance-santé (sous la forme de subventions conditionnelles aux provinces).

1943 – Le Comité spécial de la Chambre des communes sur la sécurité sociale étudie l'assurance-santé.

1944 – Le premier ministre Mackenzie King présente le Discours du Trône, qui préconise que l'assurance-santé et les allocations familiales figurent au cœur du programme de reconstruction de l'après-guerre.

1944 – Le premier ministre (progressiste-conservateur) George Drew de l'Ontario convoque une conférence sur la reconstruction, avec l'assurance-santé à l'ordre du jour.

1944 – L'Alberta (crédit social) adopte l'Alberta Maternity Hospital Plan.

1945 – La Conférence du Dominion et des provinces sur la reconstruction examine les propositions du « Livre vert » sur les programmes sociaux, y compris l'assurance-santé; certaines provinces s'opposent à l'intervention du fédéral dans ce secteur de compétence.

1946 – Le gouvernement de la Co-operative Commonwealth Federation (CCF), dirigé par Tommy Douglas, dépose le Saskatchewan Hospital Services Plan (qui sera mis en œuvre en 1947).

1948 – Le ministre fédéral des Finances, Paul Martin (père), élabore le programme national de subventions à l'hygiène (aide financière du gouvernement fédéral aux provinces).

1948 – Le gouvernement de la Colombie-Britannique (coalition libérale-conservatrice) élabore un programme d'assurance-hospitalisation.

1949 – Le gouvernement de l'Alberta (crédit social) commence à instaurer un régime d'assurance-hospitalisation par l'intermédiaire d'un plan municipal d'hospitalisation (semblable à celui de la Saskatchewan mais avec des cotisations de la part des patients).

1951 – L'AMC établit le Trans-Canada Medical Service (TCMS), qui comprend sept régimes d'assurance sur une base provinciale (en 1955, disponible dans toutes les provinces avec deux millions de bénéficiaires).

1955 – Le gouvernement de l'Ontario (progressiste-conservateur) établit le régime d'assurance-hospitalisation; lors de la conférence fédérale-provinciale, le premier ministre Leslie Frost de l'Ontario demande au premier ministre Louis St-Laurent de mettre au point un programme fédéral de partage des coûts de l'assurance-hospitalisation.

1956 – L'Association médicale canadienne s'oppose à l'assurance-hospitalisation universelle.

1957 – En mars, la Chambre des communes (majorité libérale) adopte la Loi 165 sur l'assurance-hospitalisation par un vote unanime; en juin, le premier ministre John Diefenbaker (gouvernement minoritaire progressiste-conservateur) révoque la règle de la majorité des provinces pour la mise en œuvre de la Loi 165.

1958 – Le 1er juillet 1958, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* entre en vigueur (fondée sur une formule de partage des frais à égalité).

1960 – Le premier ministre John Diefenbaker crée la Commission royale sur les services de santé, présidée par Emmett Hall.

1960 (Juin) – L'AMC organise un référendum sur l'assurance-santé comme moyen de protéger les intérêts de ses membres, notamment en ce qui concerne le droit des médecins de prendre des décisions de nature clinique lorsqu'ils soignent leurs patients, sans intervention ou ingérence de la part d'une tierce partie (le gouvernement).

1961 – Toutes les provinces ont adopté une législation sur l'assurance-hospitalisation et ont conclu des ententes de partage des frais avec le gouvernement fédéral.

1961 – Le premier ministre Woodrow Lloyd (CCF) de la Saskatchewan dépose un projet de loi sur l'assurance-soins médicaux devant la législature provinciale.

1962 – La date d'entrée en vigueur de l'assurance-santé en Saskatchewan, le 1er juillet, s'accompagne du déclenchement d'une grève des médecins à la grandeur de la province; le 22 juillet, la Cour supérieure de la province ordonne aux médecins de retourner au travail.

1963 – Le gouvernement du premier ministre Ernest Manning (crédit social) de l'Alberta annonce la mise en place d'un régime d'assurance médicale (connu sous le nom de « Manningcare ») qui offre des subventions aux travailleurs à faible revenu pour les aider à s'assurer d'une façon facultative.

1964 – Le rapport final de la Commission Hall recommande une assurance complète des soins de santé pour tous les Canadiens.

1965 – L'Association médicale canadienne exprime ses inquiétudes concernant ces recommandations.

1966 – Le régime d'assurance des services médicaux est lancé en Ontario en vue d'offrir de l'assurance médicale aux indigents et aux travailleurs à faible revenu.

1966 – Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Allan MacEachen, dépose le projet de loi C277 devant la Chambre des communes; la *Loi sur l'assurance-maladie* est adoptée par un vote de 177 à 2.

1967 – La date d'entrée en vigueur du 1er juillet est reportée en raison de préoccupations financières.

1968 – Le programme à frais partagé d'assurance-maladie entre en vigueur; la Saskatchewan et la Colombie-Britannique sont les deux premières provinces à se joindre au programme.

1969 – Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et l'Alberta se joignent au programme.

1970 – Le Québec adopte une législation sur l'assurance-maladie, après une grève des médecins spécialistes; la loi ne permet pas la surfacturation.

1971 – Le Nouveau-Brunswick et les Territoires du Nord-Ouest se joignent au programme.

1972 – Le Yukon se joint au programme.

1976 – Lors de la conférence fédérale-provinciale, le premier ministre Pierre Trudeau propose une formule de financement fondée sur des points d'impôt et des subventions globales pour remplacer les programmes à frais partagés pour les services médicaux.

1977 – La *Loi sur le Financement des programmes établis* (qui prévoit des transferts par habitant aux provinces liés à la croissance du PNB) est adoptée pour remplacer *La loi de garantie de recettes* de 1972.

1979 – Le premier ministre progressiste-conservateur Joe Clark nomme Emmett Hall à la présidence du Comité d'examen des services de santé; ce dernier recommande de mettre fin à la surfacturation.

1981 – La surfacturation est interdite en Colombie-Britannique.

1983 – La ministre de la Santé, Monique Bégin, présente un libre blanc « Pour une assurance-santé universelle », qui met l'accent sur des garanties d'accès aux services de soins de santé.

1984 – La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 est adoptée; les pénalités financières pour les provinces qui ne respectent pas les cinq principes de la Loi entrent en vigueur immédiatement.

1985 – Les médecins de la Saskatchewan acceptent de mettre fin à la surfacturation.

1985 – La *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* en Ontario est déposée devant la législature.

1986 – Une grève des médecins à la grandeur de la province éclate en Ontario; l'Ontario Medical Association conteste la constitutionnalité du projet de loi 94 (*Loi sur les services de santé en Ontario*).

1986 – L'Association médicale canadienne conteste la *Loi canadienne sur la santé* en soutenant qu'elle viole la *Loi constitutionnelle* de 1982; la cause est renvoyée devant la Cour suprême du Canada.

1986 – L'Alberta interdit la surfacturation et propose que le barème des honoraires soit négocié en ayant recours à l'arbitrage obligatoire.

1987 – La surfacturation prend fin au Nouveau-Brunswick.

1989 – Les transferts au titre du FPE sont réduits en les alignant sur la hausse du PNB moins 3 points de pourcentage.

1990 – Les transferts au titre du FPE sont gelés pour cinq ans.

1991 – Le Groupe d'intervention action santé (HEAL) se forme en tant que coalition d'organismes de santé et de consommateurs pour dénoncer l'érosion du rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé.

1994 – Le Forum national sur la santé est créé par le premier ministre Jean Chrétien.

1995 – Le Transfert canadien en matière de santé et programmes sociaux remplace le FPE et le Régime d'assistance publique du Canada; réduction considérable des transferts aux provinces pour les programmes sociaux.

Milieu des années 90 – Importante réduction des budgets de la santé dans plusieurs provinces; fermetures d'hôpitaux et de lits, réduction de certains services, plafonds salariaux sur les services de spécialistes, et régies régionales instituées dans la plupart des provinces.

1997 – Québec instaure un régime d'assurance-médicaments obligatoire.

1999 – Le gouvernement progressiste-conservateur de l'Alberta dirigé par Ralph Klein dépose le projet de loi 11 (qui permet l'impartition avec des établissements de soins privés pour des interventions chirurgicales mineures non urgentes).

1999 – La Saskatchewan Commission on Medicare (présidée par Ken Fyke) publie son rapport sous le titre *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*.

1999 – L'Entente cadre sur l'union sociale est signée entre le gouvernement fédéral et les provinces (sauf le Québec).

1999 – Le budget fédéral injecte 11,5 milliards de dollars dans les soins de santé sur une période de cinq ans.

2000 – Le budget fédéral attribue un montant supplémentaire de 2,5 milliards de dollars pour répondre aux besoins des provinces en matière de santé.

2000 – La Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (présidée par Duncan Sinclair) rend public son rapport intitulé *Regard sur le passé, regard vers l'avenir : Rapport de travail*.

2001 – La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (présidée par Michel Clair) rend public son rapport intitulé *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*.

2001 – Création de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par Roy Romanow (ancien premier ministre de la Saskatchewan).

2002 – L'Alberta Premier's Advisory Council on Health, présidé par Don Mazankowski, publie son rapport intitulé *A Framework for Reform*.